

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 3.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FISTULES GASTRO-COLIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Novembre 1907.

PAR

Pierre-Jean-Victor LACOSTE

Né à Campagne (Landes), le 12 Septembre 1882

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON, professeur-adjoint	} <i>Président</i>	
		COYNE, professeur.....		
		VERGER, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		VENOT, agrégé.....		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE
56, rue du Hautoir, 56

1907.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 3.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES GASTRO-COLIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Novembre 1907.

PAR

Pierre-Jean-Victor LACOSTE

Né à Campagne (Landes), le 12 Septembre 1882



Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON, professeur-adjoint	}	<i>Président</i>	
	COYNE, professeur.....			
	VERGER, agrégé.....			<i>Juges.</i>
	VENOT, agrégé.....			

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE
56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY.....	} Professeurs honoraires.
MASSE.....	

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale.....	DE NARIAS.
Pathologie et thérapeu-	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale.....	FERRE.
tique générales.....	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi-	
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	que.....	BADAL.
Médecine opératoire.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	DENUCÉ
Clinique d'accouchements.....	LEFOUR.	fantile et Orthopédie.....	BOURSIER.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique gynécologique.....	
Anatomie.....	N....	Clinique médicale des	MOUSSOUS.
Anatomie générale et		maladies des enfants.....	DENIGES.
histologie.....	VIJULT.	Chimie biologique.....	
Physiologie.....	JOYET.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Hygiène.....	LAYET.	que.....	LANTEC.
Médecine légale.....	LANDE.	Pathologie exotique....	
Physique biologique et			
électricité médicale.....	BERGONIE.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.
CABANNES.

MM. VERGER.
ABADIE.
CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ...	{	MM. BEGOUIN. VENOT. GUYOT.	Accouchements.....	{	MM. ANDÉRODIAS PERY.
------------------------	---	----------------------------------	--------------------	---	-------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	{	MM. GENTES, CAVALIÉ.	Physiologie	{	MM. GAUTRELET BEILLE. MANDOUL.
			Histoire naturelle....		

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... } MM. BARTHE.
LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne	MM. RONDOT.
Accouchements	PÉRY.
Physiologie	GAUTRELET.
Ophthalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire	CAVALIE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS



A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
OFFICIER D'ACADÉMIE

« Je suis heureux, Mon cher Maître,
de pouvoir vous remercier de tout
l'intérêt que vous m'avez porté pen-
dant l'année que j'ai passée chez vous.
En me donnant le sujet de ma thèse,
vous n'avez fait qu'ajouter à ma dette
de reconnaissance. »

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUSSON

PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

« Je me souviendrai toujours de l'année
d'externat passée chez un Maître
aussi bienveillant. Votre ancien élève
vous remercie du fond du cœur d'a-
voir bien voulu accepter la présidence
de sa thèse. »

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Si l'on parcourt la littérature médicale qui traite des fistules on remarque que les auteurs ont fourni de nombreux travaux sur certaines d'entre elles, alors que les autres sont restées dans l'oubli. Ces dernières n'ayant parfois que des symptômes très confus et une pathogénie assez complexe, on comprend que leur étude ait été longtemps abandonnée et leur traitement négligé. Ceci s'applique aux fistules gastro-coliques en particulier. En effet, on constate que leur étude ne date que d'un demi-siècle environ et leur traitement de quelques années seulement.

C'est à Murchison que nous devons le premier travail d'ensemble sur la question dans un mémoire paru dans l'« *Edimburg medical Journal* » et où l'auteur nous fournit une symptomatologie assez complète en 1857.

Ensuite ce n'est que de temps en temps que nous rencontrons des observations isolées, d'ailleurs soigneusement rapportées en raison même de leur rareté et qui le plus souvent résultaient d'une trouvaille d'autopsie.

En 1894, Hentschel fait paraître un travail sur la fistule gastro-colique, il en fait le sujet de sa thèse inaugurale à Wurtzbourg.

En France, Bouveret en 1896 reprend l'étude de la question dans le « *Lyon Médical* » et bientôt inspire la thèse de Bec-

qui donne un mémoire basé sur 68 observations. L'auteur apporte beaucoup de soin à la symptomatologie, mais ne fait qu'ébaucher le traitement.

Bouveret en reprend l'étude en 1899 dans la « Revue de Médecine » en un article sur la « Symphyse gastro-colique »

Nous signalerons les travaux allemands de Walter Zweig et de G. Kelling qui nous donnent des observations détaillées ainsi que ceux de Unruh (1899) et de Koch (1903).

Enfin, nous trouvons la communication faite à la « Société de chirurgie de Paris » en 1906 par M. le professeur agrégé Chavannaz qui bientôt reprend à nouveau la question dans une étude sur les « Fistules gastro-coliques » qui d'ailleurs est la plus importante parue jusque-là. L'auteur complète ses observations cliniques par des expériences sur des animaux auxquels il crée des fistules gastro-coliques. Il fait une étude détaillée des différents procédés opératoires applicables au traitement de l'affection.

C'est en nous inspirant de ses idées, que d'ailleurs M. le professeur Chavannaz nous a permis de faire nôtres, que nous essayerons de traiter dans son ensemble la question des fistules gastro-coliques et de résumer ce que l'on sait d'elles jusqu'à ce jour. Nous emprunterons encore à notre maître la plupart de ses observations qu'il a eu l'obligeance de nous permettre de reproduire.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

L'étiologie des fistules gastro-coliques est très simple. A part un exemple douteux de fistule congénitale rapporté par Tosi, on voit que les fistules gastro-coliques reconnaissent deux causes principales: le néoplasme et l'inflammation.

En fait d'origine néoplasique, on rencontre surtout les tumeurs malignes: épithélioma et carcinome; quant aux tumeurs d'origine conjonctive, elles n'entrent en jeu que pour une très faible part.

Le processus fistuleux se fait d'abord par infiltration des tuniques de l'estomac et du côlon, adhérence des deux organes et propagation de la tumeur à la cloison gastro-colique qui ne tarde pas à s'ulcérer et se ramollir pour permettre un libre passage entre les deux cavités.

Il faut reconnaître que l'estomac est l'organe qui le plus souvent est le premier en cause; cela est dû à la très grande fréquence de la dégénérescence cancéreuse de ce viscère.

Quelquefois il est difficile, sinon impossible de préciser l'origine exacte de la tumeur qui a produit la fistule.

En consultant nos observations, nous voyons que 47 fois nous avons affaire à une origine cancéreuse, et sur ce nombre 38 fistules proviennent d'un carcinome de l'estomac et 6

d'un néoplasme du côlon, 3 restant sans détermination exacte de leur cause.

Après le cancer, on trouve l'ulcère de l'estomac à l'origine de ces fistules. Nous en fournissons 8 cas certains et 4 probables. Dans ces 8 cas, un par ulcère peptique après gastro-entérostomie.

Quant à la tuberculose avec perforation et communication gastro-colique, nous n'en trouvons que 5 cas.

Enfin dans deux observations, nous avons affaire à des abcès de l'abdomen.

Donc, nous concluons d'après cela, que le cancer de l'estomac revendique la plus large part des causes des fistules gastro-coliques, puis viennent l'ulcère, la tuberculose et les suppurations abdominales.

L'âge des malades est en rapport avec les origines de la maladie; le cancer et l'ulcère n'étant pas l'apanage de la jeunesse, nous trouverons les fistules gastro-coliques chez des adultes et des vieillards.

Quant au sexe, sur 60 cas, nous trouvons 41 hommes et 19 femmes. (Chavannaz.)

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'autopsie des malades atteints de fistules gastro-coliques nous montre des lésions variant suivant la cause qui leur a donné naissance.

Souvent, l'estomac et le côlon transverse adhèrent l'un à l'autre sur une étendue plus ou moins grande; la fistule est alors creusée directement dans la cloison gastro-colique. D'autres fois, c'est une cavité intermédiaire qui sépare l'estomac et le côlon, et c'est dans cette cavité formée par des adhérences que viennent s'ouvrir les orifices gastriques et coliques.

Quoi qu'il en soit, la fistule est le plus souvent unique; certains auteurs cependant ont cité des cas de trajets plus ou moins compliqués réunissant les deux cavités de l'estomac et du côlon. Fabeck rapporte un cas de double fistule gastro-colique. Barlow cite également un cas où plusieurs ulcères faisaient communiquer, l'un l'estomac et le duodénum, deux autres l'estomac et le côlon, le quatrième enfin, s'ouvrait dans une cavité formée par des adhérences. Dans d'autres observations nous voyons deux perforations stomacales s'unissant pour former un seul trajet s'ouvrant dans le côlon; ailleurs, une fistule gastro-colique en même temps que deux fistules faisant communiquer l'estomac et l'intestin grêle. Presque toujours cependant on ne trouve qu'une seule fistule gastro-colique.

Du côté de l'intestin la fistule se trouve située le plus souvent sur le milieu du côlon transverse, puis, par ordre de fréquence sur le coude gauche, le coude droit et le côlon ascendant dans sa partie la plus élevée; ces deux dernières variétés étant très rares.

La situation, la forme et les dimensions de la fistule varient d'un sujet à l'autre.

C'est sur la face antérieure du côlon que se fait le plus souvent la perforation; d'autres fois sur la paroi postérieure. Dans un cas, on a trouvé deux perforations, l'une sur la paroi antérieure du côlon, l'autre sur la postérieure, avec ouverture de l'intestin dans la cavité péritonéale et mort par péritonite aiguë. C'est là un cas exceptionnel.

Très variables également sont les dimensions des fistules. Parfois leur trajet n'admet que la pointe d'un stylet ou d'une sonde, alors que d'autres ont la dimension de la paume de la main et même plus.

Leur forme varie également suivant l'origine: Dans les fistules néoplasiques les bords sont indurés et irréguliers tandis que dans les fistules par ulcère on trouve la disposition ovalaire à bords minces. L'orifice de communication peut avoir la forme d'un entonnoir et présenter une sorte de valvule. Parfois la muqueuse colique peut se hernier dans l'estomac sous forme d'un champignon plus ou moins volumineux.

Du côté de l'estomac, la fistule siège habituellement au voisinage du pylore, près de la grande courbure ou sur les faces de l'organe. Rarement la fistule siège sur la petite courbure, sur une partie élevée de l'estomac ou vers le cardia. Parfois, le duodénum est lui-même infiltré, donnant ainsi naissance à une fistule duodéno-colique sans délimitation exacte avec la communication gastro-colique.

Généralement, il n'y a qu'une seule fistule ouverte dans l'estomac, fistule qui pénètre rarement par deux trajets dans le côlon.

Quant aux dimensions elles sont également très variables.

Le plus souvent, elles ont deux à trois centimètres de diamètre tout en pouvant atteindre les dimensions du poing et diminuer jusqu'à permettre seulement le passage d'un stylet ou d'une sonde.

Les bords présentent les variétés indiquées pour le côlon : bords minces, réguliers et lisses pour l'ulcère, bords épaissis, irréguliers et indurés pour le cancer.

L'estomac peut présenter toutes les dimensions, rester normal, diminuer de capacité ou augmenter de telle façon qu'il semble remplir une grande partie de l'abdomen. Il contient le plus souvent, un liquide louche, fécaloïde, analogue à celui que le malade rejetait au moment des vomissements.

La muqueuse stomacale présente un certain degré de congestion et quelquefois des taches ardoisées.

C'est donc cette fistule stomacale qui vient s'aboucher dans le côlon transverse soit directement, soit par l'intermédiaire d'une cavité limitée par des adhérences. Cette cavité elle-même est formée par la symphyse des organes voisins, foie, rate, pancréas. La périgastrite est intense, et le mésocôlon peut être épaissi, induré et diminué de longueur. L'estomac pourra être accolé à la paroi, bridé par son épiploon adhérent, qui sous forme d'une corde l'unit au côlon et au péritoine pariétal.

Le péritoine, lui-même, présente diverses lésions. Parfois, on ne trouve que des adhérences; d'autres fois la cavité abdominale contiendra un liquide louche provenant de l'intestin ou de l'estomac et qui aura pénétré par perforation de l'un de ces deux organes et provoqué une péritonite rapidement mortelle.

Les autres appareils ne présentent pas de particularités intéressantes sauf la généralisation cancéreuse à distance, les lésions tuberculeuses des autres organes ou enfin des phénomènes purement inflammatoires. Ce sont là les résultats des maladies qui ont causé la fistule gastro-colique mais qui ne dérivent pas directement de la présence de cette fistule.

CHAPITRE III

Symptômes

La symptomatologie des fistules gastro-coliques est assez souvent complexe, car nous nous trouvons en présence de faits résultant de la présence de la fistule et de la maladie qui l'a causée.

Parfois, la fistule gastro-colique pourra rester ignorée. On constatera la dénutrition et la cachexie chez un malade atteint de cancer de l'estomac, et l'on ne songera pas à la communication qui existe entre l'estomac et l'intestin, surtout si le pylore est libre; les vomissements manqueront en effet, et la lientérie sera très atténuée. Si, d'autre part, les dimensions de la fistule sont petites, il se pourra qu'elle passe inaperçue, comme le font souvent les fistules vésico-intestinales. Il faut dire cependant que ces fistules latentes sont rares. Chavannaz n'en trouve que quatre exemples sur 84. Entre autres, il cite un cas de Lazarus où une fistule gastro-colique évolua sans bruit à la suite d'un cancer de l'estomac et ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Pour arriver à cet état de latence absolue, il faut avoir affaire à des fistules à bords mous, capables de se rapprocher et d'obturer complètement l'orifice, ou de former clapet. Ceci n'est pas réalisé en général par les fistules cancéreuses, qui présentent ordinairement l'induration de leurs bords, qui, par conséquent, se rapprochent difficilement.

Comme symptômes principaux, nous trouvons :

- a) Vomissements fécaloïdes;
- b) Lientérie;
- c) Similitude des vomissements et des selles.

Ce sont là les signes propres à l'affection.

On peut trouver de nombreux symptômes secondaires, mais c'est sur ce trépied que nous pourrions baser le diagnostic.

Le vomissement peut quelquefois manquer; cela est dû à la pénétration des aliments dans le côlon par la fistule, au lieu d'être rejetés par la bouche. Les malades « vomissent dans leur côlon » (Bouveret). Ils ont simplement des nausées sans évacuations par la bouche.

Les vomissements pourront être très irréguliers, être alimentaires, bilieux, fécaloïdes. Ces derniers constituent le symptôme le plus important des fistules gastro-coliques. Nous en donnons 34 cas dans nos observations, et, dans ce nombre, ne sont comptés que ceux qui, réellement, présentent le caractère fécaloïde très net, sans compter les vomissements d'aspect brunâtre, que l'on rencontre dans presque tous les cas.

Ces vomissements fécaloïdes existent d'habitude à la période d'état ou terminale de la maladie, mais peuvent parfois avoir lieu au début. Ils sont constitués par un liquide qui tient en suspension les matières fécales qui parfois peuvent apparaître à l'état de fragments. Le malade a des renvois d'odeur fétide et ces nausées peuvent exister sans vomissements fécaloïdes.

Certains malades rendent un demi-litre, d'autres un litre et même davantage. Chez d'autres, les vomissements sont moins abondants, ou même peuvent manquer absolument, du moins pendant un certain temps.

Chez un malade cité dans nos observations, nous voyons que les matières fécales étaient presque uniquement rendues par la bouche et les morceaux de fèces que contenaient ces vomissements, atteignaient la dimension d'une amande.

Ces vomissements fécaloïdes peuvent apparaître de diverses façons; tantôt réguliers, ils ont lieu tous les jours, d'autres fois, ils ne se montrent qu'à intervalles irréguliers; ils coïncident parfois avec un état grave et des phénomènes péritonéaux, petitesse du poulx, ballonnement, dyspnée, douleur abdominale, apparaissant sous forme de crises.

Quant aux vomissements bilieux et sanguins, ils n'ont aucune importance en l'espèce, n'étant pas un signe spécial à l'affection qui nous intéresse.

Il semblerait que l'existence d'un orifice faisant communiquer l'estomac et le côlon, dût faire constater dans tous les cas, le passage par le rectum des aliments absorbés, et cela sans modifications très sensibles; autrement dit, la lientérie devrait être un symptôme constant. Il n'en est pas ainsi, car il peut se faire qu'elle n'existe pas.

L'absence de ce phénomène est due à la disposition du trajet fistuleux, à son étroitesse, à ses sinuosités, et comme nous l'avons dit dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, à la présence des valvules pouvant siéger sur les deux extrémités du conduit gastro-colique ou sur une seule. Nous signalerons la lientérie dans sept de nos observations. Peut-être sa rareté n'est-elle que relative et due à des recherches défectueuses de la part des observateurs. Il serait bon, pour la déceler, de la rechercher dans les selles pendant les 24 heures qui suivent l'absorption des matières facilement reconnaissables; Bouveret a agi ainsi avec du vermicelle qu'il faisait absorber au malade qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. le professeur agrégé Chavannaz a mis le fait en évidence en faisant absorber aux animaux qu'il a opérés des liquides colorés.

Après la lientérie, vient, comme signe de certitude, la similitude des vomissements et des selles. Ceci est dû au reflux dans l'estomac des matières intestinales, et à leur mélange avec les liquides gastriques, le tout étant rejeté par les vomissements et les selles et formant des évacuations d'aspect homo-

gène, sous forme de purée ou de grumeaux de fèces baignant dans un liquide louche. Donc, le mécanisme de cette similitude des vomissements et des selles, s'explique par le reflux par la bouche et l'anus, des matières primitivement mélangées dans l'estomac.

Ces évacuations d'aspect semblable se feront simultanément ou à quelques heures d'intervalle, le vomissement pouvant précéder les selles ou vice-versa.

La diarrhée est souvent intense chez certains malades. Elle est causée par l'irritation constante de l'intestin, par les sécrétions gastriques et par le passage continu des liquides de l'estomac qui pénètrent dans le côlon. Bouveret cite le cas d'un malade qui produisait à volonté la diarrhée en buvant de l'eau. Quelques minutes après avoir bu ou mangé, ce malade présentait des gargouillements dans le ventre et un quart d'heure après environ, éprouvait le besoin d'aller à la selle.

Les matières évacuées sont acides, sans toutefois présenter des traces d'acide chlorhydrique.

Comme symptômes généraux, on signale encore l'amaigrissement; certains malades sont ainsi arrivés à un état de cachexie extrême, de même que les chiens opérés par le professeur agrégé Chavannaz.

Cet amaigrissement est dû à l'anorexie, la diarrhée et les troubles de la digestion.

De plus, l'intestin grêle ne fonctionnant plus, vu qu'il est exclu ou à peu près, l'assimilation diminue pour une grande part et la nutrition s'en ressent.

Parfois, la plupart des malades présentent des lésions néoplasiques avancées, on comprendra que la cachexie cancéreuse s'ajoute aux troubles de la nutrition.

Le malade perd ses forces de plus en plus et son appétit devient nul, car les nausées fétides ne sont pas faites pour le lui rendre.

Les muqueuses se décolorent, la peau prend un aspect cireux, la température restant normale la plupart du temps.

L'examen des urines peut montrer des éléments anormaux. Les éléments normaux sont plus ou moins variables suivant l'état de dénutrition du malade. On ne voit pas, en parcourant les observations, que le sujet porteur d'une fistule gastro-colique revête un type spécial ou une attitude particulière. Bouveret cite cependant le cas d'un malade qui se plaçait dans le décubitus latéral afin de compenser le mieux possible, l'inconvénient de sa fistule. Ainsi donc, instinctivement le malade, par sa position, pourrait, de son vivant, faire diagnostiquer la place qu'occupe sa fistule gastro-colique, mais cela n'a rien de fixe.

Le ventre est ballonné dans certains cas, mais assez souple cependant pour permettre la palpation. Toutefois, au moment des crises et des vomissements fécaloïdes, on a pu voir des malades présenter un aspect péritonéal, et surtout si le pouls est précipité, on a même pu penser à des accidents d'occlusion intestinale.

La tumeur, elle-même, sera reconnaissable à la palpation. A travers la paroi, on reconnaîtra une tumeur indurée, qui n'est autre que celle qui unit l'estomac et le côlon et que traverse la fistule gastro-colique.

De même que nous voyons, dans les expériences de M. le professeur agrégé Chavannaz, que l'on peut, au moyen de liquides colorés ou de matières facilement reconnaissables, rendre évidente la communication gastro-colique, de même sur le malade on pourra répéter l'expérience par les mêmes procédés. On a fait absorber, pour cela, du salicylate de soude, du lait coloré par l'éosine ou additionné de poudre de lycopode, puis on a recherché ces divers éléments dans les selles.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de ces fistules, ou qui les ont soupçonnées du vivant du malade, se sont livrés aux mêmes expériences. De même, on a injecté dans le rectum des liquides également colorés que l'on a vus refluer par la bouche sous forme de vomissements. L'insufflation de gaz par l'anus a également prouvé l'existence de la fistule, par le gonflement successif de l'S iliaque, du côlon descen-

dant et de l'estomac. On a varié les procédés en faisant absorber séparément des corps capables de dégager de l'acide carbonique sur place, par exemple, du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique. Alors, on a vu le gonflement commencer par l'estomac, puis distendre consécutivement le côlon de l'S iliaque.

Ces diverses méthodes expérimentales n'ont pas toujours réussi, et il a fallu parfois un temps assez long pour retrouver dans les selles les liquides colorés administrés par la bouche. L'expérience est souvent moins concluante qu'on ne pourrait le supposer à première vue.

Il faut, pour rendre le fait plus palpable, introduire dans le rectum des liquides sous pression; on voit alors le reflux par la bouche s'effectuer plus facilement que le reflux contraire de la bouche vers le rectum. Toutefois, la distension gazeuse par l'anus est préférable et réussit presque toujours en produisant des éructations qui démontrent l'existence de la fistule.

On a essayé de faire le lavage de l'estomac, mais jamais on n'est arrivé à retirer un liquide absolument clair, ce qui prouve que le reflux des matières fécales de l'intestin vers l'estomac était continu. Chez un malade, en particulier, le liquide du lavage est passé si rapidement dans l'intestin qu'il n'a pu être retiré par la sonde, mais a été rendu encore froid par le rectum, c'est ce qui se produisait chez ce malade qui provoquait sa diarrhée en buvant un verre d'eau.

Tels sont les symptômes de l'affection qui, on le voit, demande certaines précautions expérimentales pour être décelée, et, ce n'est que par une étude complète et attentive du malade que l'on peut arriver à affirmer l'existence d'une fistule gastro-colique.

Pour en finir avec la symptomatologie, nous croyons bon de citer deux observations expérimentales du professeur agrégé Chavannaz, qui créa des fistules gastro-coliques à des chiens pour en observer les symptômes,

EXPÉRIENCE I

G. Chavannaz, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1907.

Chienne épagneule âgée, poids : 14 kil. Le 18 octobre 1904, laparotomie sus-ombilicale. Une fistule gastro-colique est créée suivant la technique ordinaire.

L'ouverture stomacale est placée à environ dix centimètres du pyllore. La communication gastro-colique mesure deux centimètres de diamètre.

Les suites opératoires sont simples et la plaie guérit par première intention. La vivacité de l'animal n'est pas modifiée, l'appétit est excellent, peut-être même augmenté ; les selles sont parfaitement moulées, d'aspect normal, se produisant à chaque sortie du chenil.

Le 27 janvier, le poids de la chienne est de 12 kilogrammes 500, l'état général toujours bon, et les symptômes nuls ; sauf l'amaigrissement, il n'y a rien à signaler.

Le 5 février, une sonde en gomme N° 18 est introduite par l'anus jusqu'à une profondeur de 15 centimètres ; à son extrémité libre est adaptée la soufflerie du thermo-cautère. Après quelques coups de poire, l'animal présente un gonflement épigastrique puis se produisent des éructations très bruyantes, en même temps que la tuméfaction épigastrique disparaît. Les éructations sont accompagnées de vomissements d'aliments incomplètement digérés, mélangés de matières fécales.

Après cette première expérience, une sonde en gomme N° 20 est introduite dans le rectum à une profondeur d'environ 15 centimètres ; l'extrémité qui sort de l'anus est montée sur un tube en caoutchouc muni d'un entonnoir. Deux litres d'eau colorée par le bleu de méthylène sont introduits dans l'intestin sous une pression d'un mètre. L'animal ne vomit point d'eau colorée, mais évacue l'eau par l'anus quelques minutes après qu'il a été rendu à la liberté.

Le 8 février la même expérience est répétée avec le même succès pour l'insufflation rectale, et le même insuccès pour l'injection d'eau

colorée. Le 11 février au matin, l'animal étant à jeun et ayant été purgé la veille, on lui fait boire 600 grammes de lait coloré par l'éosine. Dix minutes après, on pratique une injection rectale d'eau à l'aide de la sonde, du tube en caoutchouc et de l'entonnoir précédemment employés. On injecte, puis on renverse l'entonnoir vers le bas de manière à siphonner l'intestin. On fait ainsi passer trois litres d'eau qui revient claire, sans trace de lait ni d'éosine.

On fait ensuite l'insufflation du rectum, ce qui amène des éructations, puis des vomissements muqueux ne contenant ni lait, ni éosine.

A cette date du 11 février, il n'y a pas de lientérie; l'état général est toujours bon, le poids est de 12 kilogr. 250.

Le 16 février, l'animal ayant été purgé la veille et étant resté à jeun, boit 700 grammes de lait coloré par l'éosine ; il est ensuite placé sur la table d'expérience en position de Trendelenburg renversée, c.-à-d. la tête beaucoup plus haute que le bassin. Le siphonnage du gros intestin est pratiqué suivant la technique déjà utilisée et avec une pression de 2 mètres d'eau. Deux litres passent ainsi dans le rectum et l'eau qui sort à la fin de l'expérience est légèrement colorée par l'éosine.

Les matières fécales sont toujours normales comme volume, aspect, coloration ; elles sont formées de matières parfaitement digérées, et même en les délayant dans l'eau, on ne peut rencontrer chez elles les caractères lientériques. L'état général est bon, sauf l'amai-grissement. L'animal va diminuant d'embonpoint et continuant à s'alimenter. Il meurt le 17 avril, dans un état de maigreur effrayante, ne pesant que 7 kilogrammes, ayant perdu par conséquent la moitié de son poids.

EXPÉRIENCE II

(même auteur)

Chien griffon jeune, poids 9 kilogrammes. Le 23 décembre 1904, une anastomose gastro-colique est créée suivant la technique ordinaire. L'ouverture mesure trois centimètres de diamètre et siége à six cen-

timètres environ du pylore. Les suites sont excellentes, guérison par première intention. La vivacité de l'animal est conservée ainsi que son appétit.

Le 27 janvier 1905, poids 7 kilogr. 500. Les selles d'apparence normale sont délayées dans l'eau et elles montrent des fragments de pomme de terre de plusieurs centimètres cubes non modifiés par les sucs digestifs. Les expériences sont calquées sur les précédentes, elles sont faites aux mêmes dates, suivant le même *modus faciendi*.

Le 5 février, l'insufflation rectale donne des résultats peut-être encore plus nets que pour la chienne de l'expérience I. L'injection dans le rectum d'eau colorée par le bleu de méthylène ne détermine pas de vomissements colorés.

Le 8 février, même résultat.

Le 11 février, poids 7 kilogr. 200. L'absorption de 300 grammes de lait coloré par l'éosine n'est suivie d'aucune émission de liquide coloré au moment du siphonnage du rectum. Les selles évacuées après le siphonnage contiennent des fragments de pomme de terre, très aisément reconnaissables.

Le 16 février, on donne à l'animal 300 grammes de lait coloré par l'éosine ; malgré la position de Trendelenburg renversée, le lavage rectal n'amène pas de solution colorée.

L'état général, l'appétit sont excellents ; sauf la perte de poids et le léger degré de lientérie signalé, rien ne vient déceler l'existence de la fistule gastro-colique que porte l'animal. Le chien s'amaigrit peu à peu, perd l'appétit et succombe le 10 mars au soir. Autopsie : Poids 5 kilogr. 300. Le péritoine ouvert, pas d'épanchement, pas de vascularisation anormale, pas d'adhérences ; l'anastomose est parfaitement régulière. Intestin grêle de volume normal. Gros intestin petit et vide. Estomac de dimensions normales ; la muqueuse est pâle avec une coloration ardoisée et des arborisations hortensia au voisinage de la fistule.

L'estomac contient de la viande et une purée fécale. Le gros intestin est rempli par un liquide brunâtre. La muqueuse, au voisinage de la fistule, a une coloration bleuâtre.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic de fistule gastro-colique n'a été fait que rarement du vivant du malade. On pourra s'en rendre compte en consultant nos observations où l'on verra que 16 fois seulement il a pu être établi avec certitude. Peut-être cette difficulté est-elle plus virtuelle que réelle et si bien des observateurs n'ont pas mis d'étiquette à la maladie c'est qu'ils n'ont pas pensé à une affection qui à la vérité est très rare et qu'il n'est permis d'observer que par le plus grand des hasards.

D'ailleurs certaines fistules à marche silencieuse, comme nous en citons des cas, ne se révélant par aucun signe certain, peuvent donner lieu à une erreur d'interprétation.

Ainsi donc, à part ces cas frustrés où les symptômes sont effacés, nous aurons affaire à des malades qui ont un passé rappelant les symptômes d'un vieil ulcère ou d'un cancer de l'estomac. Ces malades nous raconteront qu'ils ont eu tous les signes de ces affections, nous pourrons même parfois les constater, et de plus, ils présenteront comme symptôme principal des vomissements fécaloïdes. Ceux-ci malheureusement ne sont pas seulement symptomatiques de la maladie qui nous occupe. On peut les voir survenir, en effet, dans les péritonites, l'étranglement herniaire et l'occlusion intestinale.

Péritonite et étranglement herniaire sont facilement dia-

gnostiqués, mais l'occlusion intestinale peut donner lieu à certaines hésitations.

Dans la fistule gastro-colique, les vomissements sont plus nettement et plus constamment fécaloïdes que dans l'occlusion; en effet, c'est la matière fécale elle-même qui reflue du côlon vers l'estomac, tandis que dans l'étranglement c'est le contenu de l'intestin grêle qui, mélangé aux matières du gros intestin, forme un tout dont l'aspect diffère un peu par sa consistance et sa composition des vomissements formés uniquement de matières fécales.

Parfois l'existence de la fistule gastro-colique sera difficile à diagnostiquer chez un malade primitivement atteint d'un cancer de l'intestin, car chez ce dernier, on aura tous les symptômes de l'occlusion lente et progressive, symptômes qui pourront exister bien avant la formation de la fistule gastro-colique. En présence de vomissements fécaloïdes chez un tel malade, le chirurgien pensera à l'occlusion complète et au reflux des matières fécales par le pylore alors qu'il se fait en réalité par la communication gastro-colique. Cependant ce qui permettra d'établir un diagnostic assez ferme, c'est l'état de distension de l'abdomen. En effet, celui-ci est dur, tendu et douloureux à la pression dans le cas d'occlusion, alors qu'il est souple et sonore dans le cas de fistule gastro-colique. Cependant, l'erreur est excusable, puisque, comme nous l'avons dit, les vomissements peuvent apparaître sous forme de crises péritonéales avec tout le cortège symptomatique propre à l'affection: petitesse du pouls, algidité, sensibilité de l'abdomen, hoquet, etc.

Dans ces cas douteux, ce sera la similitude des vomissements et des selles qui tranchera la difficulté, car l'examen des matières expulsées par la bouche et le rectum montre, qu'étant d'un aspect semblable, elles ne peuvent avoir qu'une seule et même origine. Si, à ce phénomène s'ajoute le besoin d'expulser immédiatement les aliments absorbés par la bouche, on pourra, comme le fit Bouveret, reconnaître la nature de l'affection et porter un diagnostic certain.

Enfin, si la lientérie est prouvée, le diagnostic est fait. On pourra agir vis-à-vis du malade comme il a été fait par le professeur agrégé Chavannaz, sur les chiens de ses expériences en faisant absorber des matières colorées et en constatant leur présence dans les selles peu de temps après leur absorption. Mais il faut dire que si ces expériences sont tentées sur le malade, c'est que le diagnostic de fistule gastro-colique est à moitié fait et qu'elles ne servent qu'à établir sa confirmation indiscutable.

Nous en dirons autant de l'insufflation rectale que l'on pourra pratiquer sur les malades comme il a été fait sur les animaux de laboratoire.

Toutefois, il sera bon de se méfier et de ne pas accorder une confiance absolue au rejet par la bouche des matières injectées par le rectum, car nous pouvons rappeler le cas de cette malade de Pic, de Lyon, qui rendait ses lavements par la bouche, sans toutefois que la laparotomie put faire constater de fistule gastro-intestinale. Nous avons affaire à un sujet hystérique dont la valvule de Bauhin était trop complaisante, et se laissait forcer par le liquide sous pression.

Ainsi donc, on ne pourra baser son diagnostic sur ce symptôme seulement, mais il faudra qu'il soit accompagné des précédents.

Après avoir fait le diagnostic de fistule gastro-colique, il faut remonter à l'origine. Est-on en présence d'un processus cancéreux ou ulcéreux, et dans le cas de cancer a-t-il débuté par l'estomac, ou l'intestin?

Le diagnostic entre ulcère et cancer ou encore de cancer greffé sur un ulcère peut être très difficile. Ce n'est pas l'état général du sujet qui nous renseignera, car il sera très précaire dans les deux cas.

En faveur de l'ulcère, on aura la date éloignée des premiers symptômes, douleur en broche, hématuries, la durée de la maladie sans cachexie rapide, enfin, les rémissions entre les crises qui précédaient les symptômes de la fistule.

L'origine intestinale sera décelée par les antécédents dans

lesquels on notera des crises d'obstruction, melæna, modification des selles, etc.

Enfin, dans les cas douteux, la laparotomie restera l'ultime ressource pour trancher la difficulté et ce sera le premier temps de l'opération radicale destinée à la suppression de la fistule gastro-colique.

CHAPITRE V

Pronostic et évolution clinique

Il est inutile d'insister longtemps sur la gravité de la fistule gastro-colique. Lorsqu'un cancer de l'estomac ou de l'intestin en est arrivé au point de créer les adhérences dont nous avons parlé, et dont le ramollissement permet la formation d'une communication entre ces deux viscères, on peut affirmer que les désordres sont d'une gravité extrême et que le néoplasme en est arrivé à la période cachectisante pour l'organisme. Livrée à elle-même, la fistule gastro-colique de quelque nature qu'elle soit, constitue à elle seule un danger imminent. Les fistules artificielles que le professeur Chavannaz créa sur des chiens le démontrent surabondamment. Toutefois, Murchison a publié une observation que nous reproduisons plus loin, où il cite le cas d'une malade porteuse d'une pareille fistule due à un ulcère de l'estomac et qui guérit de sa lésion. Tous les symptômes existaient, vomissements fécaloïdes, lientérie, etc., mais peu à peu, ils s'amendèrent jusqu'à complète disparition.

Nous citerons de même en résumé, une observation de Bagolepow où un homme fut opéré pour un empyème gazeux, droit, sous-diaphragmatique, où l'on trouva un mélange de pus et de matières fécales. La cavité de l'abcès faisait communiquer l'estomac et le côlon. Le malade guérit.

Il faut s'empresse de dire que ce sont là des cas exceptionnels.

On basera donc le pronostic sur la cause du mal, sur l'état de cachexie plus ou moins avancé, sur l'amaigrissement du sujet et l'intensité des symptômes, en particulier la lientérie et les vomissements fécaloïdes.

Nous allons, dans le chapitre suivant, indiquer les différents procédés opératoires dirigés dans un but palliatif le plus souvent, et nous résumerons les diverses indications du traitement chirurgical.

CHAPITRE VI

Traitement et indications opératoires.

Le traitement chirurgical des fistules gastro-coliques est récent. Jusqu'à ces derniers temps on s'était contenté de pallier par un traitement médical aux inconvénients de la fistule et par le régime lacté, les lavements nutritifs et l'opium, on atténuait les symptômes sans s'attaquer à leur cause même. On retardait le dénouement mais on ne l'évitait pas.

Le traitement chirurgical s'est adressé à la fistule directement. Dans certains cas il a permis l'extirpation totale d'une tumeur et de la fistule; d'autres fois il a été suivi d'une survie relativement longue et tout au moins a supprimé ou atténué sensiblement les symptômes les plus pénibles, les vomissements fécaloïdes en particulier.

Nous allons donc passer en revue les différents procédés opératoires et nous donnerons ensuite les diverses indications du traitement chirurgical. Nous étudierons les quatre méthodes suivantes:

- 1^o Suture des fistules gastro-coliques;
- 2^o Exclusion de la partie du côlon adhérente à l'estomac;
 - a) Exclusion totale;
 - b) Exclusion partielle.
- 3^o Jéjunostomie;
- 4^o Colotomie.

PREMIÈRE MÉTHODE

Ce procédé paraît le plus simple au premier abord. Il existe une fistule, on doit la fermer. Pour cela on pratiquera les temps suivants :

- 1^o Laparotomie ;
- 2^o Destruction des adhérences gastro-coliques ;
- 3^o Avivement ou extirpation jusqu'en tissu sain des parois stomacales et coliques ;
- 4^o Suture de l'estomac et du côlon ;
- 5^o Fermeture de la paroi.

La laparotomie sera médiane à moins de fistules cutanées qui la forceront à être plus ou moins latérale. Elle ne présentera de difficulté que dans les cas d'adhérence de la paroi aux organes profonds. Quelquefois on sera obligé de faire une incision courbe ou en L, afin de donner plus de jour au champ opératoire. La séparation des adhérences sera laborieuse, le grand épiploon devra être disséqué et parfois la symphyse gastro-colique sera si serrée que l'on devra tailler dans la paroi de l'estomac et du côlon afin d'extirper le trajet fistuleux. Dans le cas de néoplasme limité on enlèvera la tumeur du même coup. D'autres fois les adhérences seront telles que l'on ne pourra pas arriver jusqu'à la fistule et l'on devra renoncer à l'extirpation.

Ainsi donc cette méthode bien que simple en apparence rencontre des obstacles au cours de son exécution. Elle peut être trop longue, vu la difficulté d'une dissection laborieuse des adhérences, et il ne faudrait pas la tenter sur des sujets trop affaiblis. Elle semble la meilleure car elle constitue le retour à l'état normal vu qu'elle restaure complètement le côlon d'un côté et l'estomac de l'autre. Elle donne toutefois l'espoir d'une cure radicale dans les cas qui permettent l'extirpation de la tumeur ou de fistules résultant d'ulcère de l'estomac ouvert dans le côlon.

DEUXIÈME MÉTHODE

Exclusion de la partie du côlon adhérente à l'estomac.

- a) Exclusion complète;
- b) Exclusion incomplète.

a) *Exclusion complète*

- 1^o Laparotomie;
- 2^o Section du côlon au delà et en deçà de la fistule et fermeture de l'anse colique aux deux bouts;
- 3^o Rétablissement de la continuité du côlon;
- 4^o Fermeture de la paroi.

La section du côlon devra être faite en tissu sain tout en essayant d'exclure le moins possible. Le troisième temps se fera, par entérorraphie soit circulaire, soit latérale; on fera la réunion soit par sutures, soit par bouton selon les préférences du chirurgien. Inutile d'ajouter que ce n'est là qu'un traitement palliatif.

b) *Exclusion incomplète*

- 1^o Laparotomie;
- 2^o Colocolostomie;
- 3^o Fermeture de la paroi.

La colocolostomie a pour but d'anastomoser le côlon ascendant avec le côlon descendant ou l'S iliaque; on pourrait faire également la suture de l'intestin grêle à sa partie terminale avec le côlon descendant; ce ne serait là qu'une variété d'intervention tendant au même but.

Cette colocolostomie également palliative tend à supprimer les vomissements fécaloïdes et à éviter les accidents d'occlusion possibles dans les cas où il existerait une tumeur au-dessous de la fistule gastro-colique. Toutefois dans les

cas de fistules consécutives à un ulcère ou à une cause autre que le cancer, cette exclusion peut amener la guérison de la communication gastro-colique par suppression des causes qui l'entretiennent et surtout en permettant l'alimentation et en atténuant les vomissements fécaloïdes. Ce résultat n'est cependant pas toujours obtenu et l'on voit persister les vomissements et la lientérie, car les aliments continuent à passer par la fistule et les matières fécales ne suivent pas la nouvelle voie qui leur est ouverte.

Ce procédé a pour lui sa facilité d'exécution due à ce qu'il ne s'occupe pas des adhérences qui peuvent exister; il est rapide et le shock qui peut en résulter est peu considérable à côté du précédent. On l'emploiera également dans le cas où le côlon et l'estomac s'ouvriraient séparément dans une cavité intermédiaire, car l'exclusion complète dans ce cas ne servirait à rien.

Nous avons étudié jusqu'ici les cas où le chirurgien opère un malade assez résistant ou dont les lésions peuvent faire espérer soit une survie assez longue, soit la guérison. Mais souvent on aura affaire à des malades cachectiques ou affaiblis par leur dénutrition due à l'exclusion complète de leur intestin grêle. On pourra tenter dans ce cas une intervention dont le but sera de nourrir le malade et de permettre le retour à un état meilleur qui favorisera une opération plus longue et plus complète. Nous ferons dans ce cas la jéjunostomie dont la pratique comprendra les temps suivants:

- 1^o Laparotomie;
- 2^o Recherche du jéjunum;
- 3^o Fixation du jéjunum à la paroi;
- 4^o Ouverture du jéjunum.

Ce sera une intervention rapide, facile à pratiquer qui permettra au malade de refaire son organisme débilité. Ce sera une opération simplement palliative dirigée contre la dénutrition. Elle n'arrêtera pas les vomissements fécaloïdes mais promettra d'attendre et d'agir plus tard.

Enfin la colotomie a été pratiquée en vue d'arrêter les vomissements fécaloïdes, c'est toutefois un procédé peu recommandable vu qu'il crée une nouvelle infirmité aussi gênante que la précédente.

Enfin nous ne ferons que citer les cas d'urgence où l'on a pratiqué simplement la ponction ou l'incision d'un foyer suppuré dans lequel s'était ouvert l'estomac et le côlon. Dans ce cas on avait visé la péritonite enkystée sans s'occuper de la fistule.

Après avoir exposé les différents procédés opératoires applicables au traitement de la fistule gastro-colique nous allons indiquer les résultats obtenus.

Comme le nombre des opérations de ce genre est très petit, il est difficile de se faire une opinion définitive sur la valeur de ces différentes méthodes, et l'on ne peut que comparer les résultats.

Sur seize interventions, deux consistent à ponctionner et inciser un abcès.

Trois laparotomies exploratrices et une laparotomie avec gastrotomie exploratrice sont faites, la dernière sur un sujet déjà opéré un an auparavant et ayant subi une intervention plus complexe.

Restent onze opérés dont on peut comparer les résultats obtenus: De ces onze, deux subissent la colotomie, un la jéjunostomie, deux autres sont opérés par la première méthode (suture de la fistule) six sont traités par la deuxième, dont 4 par le procédé A (exclusion complète) et 2 suivant le procédé B (exclusion incomplète).

Le premier sujet colotomisé (obs. XXIV) meurt 15 jours après sa colotomie, ce malade outre sa fistule gastro-colique était atteint également de néoplasme du rectum.

Le deuxième sujet colotomisé (obs. LXVI) subit d'abord la laparotomie, mais devant les adhérences profondes, on renonce à l'exirpation. Colotomie. Mort dix jours après.

Le malade traité par la jéjunostomie (obs. IX) voit son état s'améliorer après avoir guéri par première intention et quitte

l'hôpital un mois après l'opération avec une fistule jéjunale fonctionnant bien. Fistule gastro-colique d'origine cancéreuse.

La suture directe de la fistule n'a pas réussi dans un cas (Obs. XV). La mort est arrivée peu de temps après l'intervention qui fut laborieuse par suite des adhérences. On dut faire la résection partielle de l'estomac et du côlon. Opération à grand shock qui dura 3 heures 1/2. Fistule d'origine cancéreuse.

Nous citons également (Obs. LXXX) un cas d'intervention par le même procédé suivi cette fois de guérison. Il s'agissait d'un ulcère peptique à la suite de gastro-entérostomie.

Des quatre opérés par le procédé de l'exclusion totale nous trouvons: un cas de guérison (Obs. V). Fistule consécutive à un ulcère, un deuxième cas de guérison (Obs. VII). Ici aussi il s'agit d'ulcère. La malade engraisse rapidement de 21 livres après l'opération et reprend son métier de domestique quatre semaines après. Neuf mois plus tard, même état satisfaisant.

Le troisième opéré, un homme de 27 ans (Obs. XIV), engraisse de 12 livres après l'opération, une petite fistule stercorale post-opératoire, guérit en quelques jours, mais le cancer fait des progrès et nécessite, onze mois plus tard, une gastrotomie exploratrice non suivie d'intervention sur l'estomac, à cause de l'étendue du néoplasme. Mort 19 mois après la première opération, par cachexie cancéreuse.

Enfin, le quatrième malade (Obs. LXXIX), subit l'exclusion totale et la réunion colo-colique au bouton de Murphy. Perforation au niveau du bouton et le malade meurt de péritonite aiguë.

Voici enfin les résultats fournis par la colocolostomie. Un malade opéré par le professeur Chavannaz (Obs. I), entre à l'hôpital dans un état de cachexie très avancé. Tumeur du volume d'un œuf, unissant l'estomac et le côlon transverse. On anastomose le côlon ascendant et l'S iliaque. Le malade supporte bien l'intervention. Les troubles digestifs s'amendent.

Les vomissements fécaloïdes deviennent plus rares; cependant l'opéré meurt quinze jours après l'opération, peut-être d'éviscération post-opératoire, peut-être par le seul effet de la cachexie. A l'autopsie, on constate que l'anastomose a tenu, mais n'a pu empêcher les vomissements fécaloïdes.

L'autre malade (Obs. X), est opéré par Garré et subit la colocolostomie. Le malade engraisse de 20 livres et reste en bon état, sans vomissements, ni éructations.

Revu plusieurs fois, l'amélioration semble se confirmer.

Peut-on, avec de pareils résultats, se faire une opinion bien arrêtée sur le traitement de choix des fistules gastro-coliques?

Doit-on baser sa détermination sur la nature cancéreuse ou non de ces fistules? Ainsi que le dit Chavannaz, on ne le doit pas.

En effet, vieil ulcère et cancer sont tellement voisins qu'il est difficile de ne pas hésiter quand on voudra éti-quer exactement l'affection; la laparotomie exploratrice elle-même ne tranchera pas toujours la difficulté.

D'ailleurs ce diagnostic rigoureusement exact, ne serait utile que dans le cas où, pour le cancer et l'ulcère, il existerait deux traitements tellement différents, que la détermination exacte soit indispensable. Or, il n'en est pas ainsi.

Dans les cas de cancer peu étendu, on peut et on doit pratiquer l'extirpation, tandis que dans le cancer diffus, avec infiltration, cette extirpation ne pourra être faite.

D'ailleurs, l'opération, quelle qu'elle soit, doit être tentée chez tous les cancéreux. De même que l'on tente, chez eux, la gastrostomie ou la colotomie, excepté, bien entendu, chez ceux dont l'état précaire ne permettrait pas la plus légère intervention.

C'est donc surtout sur l'état général du sujet que le chirurgien basera sa ligne de conduite.

Le malade est-il assez résistant, il faut tenter la laparotomie. Dans le cas de néoplasme limité, résection de la fistule et du cancer en tissu sain et suturer séparément l'estomac et le côlon.

Si la séparation de l'estomac et du côlon était impossible, ou nécessiterait des délabrements trop considérables, faire l'exclusion. Elle sera complète s'il n'y a pas trop d'adhérences, incomplète dans le cas où l'on ne cherche qu'à combattre les vomissements fécaloïdes. D'ailleurs, on évitera, en principe, cette colocolostomie, car, on voit, d'après les résultats que nous donnons, qu'elle n'a pas répondu à ce que l'on attendait d'elle.

Chez les sujets cachectiques, on choisira la simple jéjunostomie. Elle peut être pratiquée sous anesthésie locale et permet le relèvement des forces pour autoriser plus tard une intervention plus complète par l'une des deux premières méthodes.

Enfin, la colotomie peut être mise sur un pied d'égalité avec la jéjunostomie; toutefois, elle semble viser plus directement les vomissements fécaloïdes, tandis que la jéjunostomie combat la dénutrition.

Restent, enfin, les malades trop affaiblis pour supporter une opération, quelle qu'elle soit; à ceux-ci reste la ressource du traitement médical qui, par des lavements nutritifs, des lavages d'estomac et l'opium, atténuera les divers symptômes de l'affection, mais ne fera que retarder l'échéance fatale et inévitable.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION I

Chavannaz, Société de Chirurgie de Paris, 1907.

Homme, trente et un ans. Père mort à soixante-cinq ans d'une tumeur abdominale. Mère morte à cinquante-huit ans d'un épithélioma de la face. Deux frères en bonne santé.

N'a jamais eu d'affection grave, a fait son service militaire. Il y a deux ans, légère atteinte de rhumatisme.

Depuis dix-huit mois, sensation de lassitude générale, quelques vomissements après les repas. La fatigue va en augmentant, il maigrit, perd l'appétit et doit suspendre son travail pendant trois mois. Il y a une légère amélioration.

Le 14 juillet 1902, au moment du lever, coliques très vives, constipation. Quinze jours de repos, puis reprise du travail. En septembre, constipation opiniâtre, appétit de plus en plus irrégulier, grande lassitude, vomissements. Le 10 septembre, dans la nuit, cinq vomissements noirs et horriblement fétides. Dans la suite ces vomissements noirs persistent, revenant tous les trois ou quatre jours. Après avoir vomi, le malade dit sentir de l'appétit. Le 15 septembre, n'étant pas allé à la selle depuis dix jours, consulte un médecin. La constipation persiste huit jours.

Le sujet entre à l'hôpital le 8 octobre 1902. Facies pâle, amaigrissement extrême. Le malade a l'air d'un tuberculeux à la dernière période. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression, mais permettant de sentir au niveau du creux épigastrique, sur les confins de l'hypocondre gauche, une tuméfaction profonde. Le malade n'est pas allé à la selle depuis plusieurs jours ; pas de gaz par l'anus, vomis-

sement fécaloïde la veille. Pouls à 72. Température 36° 4. Cet état persiste les jours suivants. Vomissements fécaloïdes quotidiens ; l'abondance de ces vomissements est considérable, l'aspect est le même que celui des matières rendues par l'anus. Celles-ci sont liquides avec quelques parties solides en forme de vrilles. Pas de lientérie. Le pouls et la température sont sans variations marquées. Toucher rectal négatif.

Le 16 octobre laparotomie sous chloroforme. Incision médiane sus-ombilicale ; un peu d'ascite. Tumeur luxée au dehors. Elle a le volume d'un gros œuf, siège sur le côlon transverse et adhère à l'estomac ainsi qu'à une anse grêle. Toute idée d'extirpation est écartée ; on prolonge l'incision en bas. On découvre l'S iliaque, qui est si atrophié que ses bandes longitudinales sont au contact. Le côlon ascendant est de volume normal. Ces deux portions du gros intestin sont rapprochées et on pratique sur elles une anastomose ; surjet à la soie fine. Suture pariétale à trois plans avec, en plus, trois fils d'argent prenant toute l'épaisseur sauf le péritoine.

Opération bien supportée grâce à la caféine et au sérum artificiel. Diète absolue pendant les premières vingt-quatre heures. Plus de vomissements jusqu'au 19. Le 19 octobre, vomissement fécaloïde. Lavage de l'estomac, le liquide revient clair, puis tout à coup fécaloïde. Les jours suivants, plus de vomissements, selles liquides quotidiennes. L'appétit revient et l'alimentation solide est tolérée. Huit jours plus tard, nouveau vomissement fécaloïde, diarrhée. Lavage de l'estomac suivi d'une accalmie de trois jours. Le 26 octobre, ablation des fils d'argent. Le pansement souillé de sérosité a dû être changé plusieurs fois. La température oscille de 36 à 37 depuis l'opération.

Le 27 octobre, une anse grêle se montre entre les lèvres de la plaie légèrement désunie. On pratique sa réintégration suivie de l'application de quatre points de sutures. L'affaiblissement fait des progrès. Le pouls arrive à 120, la diarrhée continue, un vomissement fécaloïde, langue bonne. Mort le 31 octobre.

Autopsie. — Limitée à la cavité abdominale. La plaie n'est pas réunie bien qu'elle ne suppure pas. Pas de péritonite. L'épiploon rétracté recouvre l'entéro-anastomose, qui a tenu et qui admet facilement le bout

du doigt. L'anse grêle adhérente à la tumeur est la partie initiale du jéjunum. Une tumeur tient le côlon et l'estomac, elle a le volume d'un œuf. Les deux organes communiquent par une ouverture siégeant au niveau de l'antra pylorique, sur la grande courbure ; elle a le volume du doigt. Le pylore est libre. La muqueuse de l'estomac est bourgeonnante au niveau de la tumeur. L'anse grêle est simplement accolée, non envahie. Tumeur du volume d'une petite noix sur la petite courbure, près du cardia.

L'examen histologique décèle un carcinome.

OBSERVATION II

Bouveret, Lyon médical, 1896.

Homme âgé de quarante-cinq ans.

Jamais souffrant avant le début de l'affection actuelle.

Tombe malade en août 1892 ; anémie profonde ; la médication ferrugineuse redonne forces et couleurs. Sort très amélioré de l'Hôpital de Turin en avril 1893. Nouvelle période d'anémie en novembre 1893 ; elle dure sept mois. Amélioration de courte durée par le traitement ferrugineux. Rechute à la fin de l'été 1894. A partir du printemps de 1895, le malade va en s'affaiblissant, le fer est sans action. Le 18 décembre 1895, il entre à l'Hôtel-Dieu. Pâleur, amaigrissement extrême. Appétit considérablement diminué surtout pour la viande. Depuis le mois d'août, huit à dix selles diarrhéiques par vingt-quatre heures. Après avoir bu ou mangé, gargouillement dans le ventre et, après dix ou quinze minutes, impérieux besoin d'aller à la selle et évacuation diarrhéique. Sensation de pesanteur à l'épigastre après les repas. Pas de douleurs spontanées. Douleur assez vive à la pression sur la partie moyenne de la région épigastrique. Induration diffuse sur la grande courbure et le pylore. Jamais de sang dans les selles. Jamais de vomissements malgré de fréquentes nausées. Urine abondante et un peu pâle. Le 19 décembre, toutes les selles ont été conservées, il y en a deux pleins vases de nuit. C'est une purée claire d'odeur butyrique comme celle qu'on rencontre dans certains retrécissements du pylore,

Dans les selles aucun résidu alimentaire. Le 20 décembre, on retrouve dans les selles des débris de vermicelle et aussi des peaux de pruneaux. Le 21 décembre, le malade s'affaiblit. Il garde le décubitus latéral gauche particulièrement après les repas. Le 22 décembre, le liquide diarrhéique filtré est fortement acide, mais ne donne pas les réactions colorantes de l'acide chlorhydrique. Le 29 décembre, pour la première fois depuis qu'il est malade, le patient a vomi. Le vomissement est peu abondant et présente les mêmes caractères que les selles. Le 31 décembre, phlegmatia alba dolens. Nausées très fréquentes, et cependant il ne peut arriver à vomir. Par affaiblissement rapide, la mort arrive le 3 janvier 1896 ; il n'y a jamais eu de fièvre au cours de la maladie.

Autopsie. — Grand épiploon fortement rétracté en haut, adhérent un peu à la paroi abdominale antérieure et beaucoup plus au côlon et à l'estomac. Pylore fixé par des adhérences à la face inférieure du foie. Le côlon transverse sur une longueur de dix à quinze centimètres est fixé à la grande courbure de l'estomac, sans interposition de cavité de péritonite. Vaste ulcération cancéreuse occupant la paroi antérieure de la région pylorique et la partie avoisinante de la grande courbure ; elle s'étend jusqu'à l'orifice du pylore. Cette ulcération a largement détruit l'adhérence du côlon à la grande courbure ; il existe une fistule gastro-colique qui laisse facilement passer deux doigts et qui commence à quatre ou cinq centimètres du pylore. Estomac petit à peu près vide. La muqueuse à distance du néoplasme est très pâle et semble un peu plus épaisse qu'à l'état normal. Le côlon au niveau de la fistule a ses tuniques envahies par le néoplasme. La muqueuse est congestionnée et cette congestion s'étend en amont et en aval de la fistule. Les côlons depuis le cæcum jusqu'au rectum sont un peu plus gros qu'ils ne le sont sur la majorité des cadavres ; ils contiennent des gaz et un peu de liquide ressemblant aux selles diarrhéiques. L'intestin grêle présente à peine le volume du petit doigt, ce qui prouve qu'il ne fonctionnait presque plus.

OBSERVATION III

Ph. Koch, *Arch. für Verdauungskrankheiten*, 1903.

Homme, âgé de trente-six ans, entre à la clinique, le 20 septembre 1898, avec des douleurs et des vomissements qui durent depuis huit jours. Dans les deux derniers jours, les vomissements sont devenus fécaloïdes. Le patient n'aurait jusqu'alors jamais souffert de l'estomac. Aucune tumeur. Aucune sensibilité à la pression dans la région stomacale. Les vomissements et les selles sont identiques. Par les lavages de l'estomac à l'eau chargée de bleu de méthylène, la selle se colore en bleu. Le lavage de l'estomac donne des produits semblables aux selles. Mort le soir même. Diagnostic clinique : ulcère de l'estomac avec perforation dans le gros intestin, probablement le côlon descendant.

Autopsie. — Le sujet est médiocrement maigri. Les anses intestinales sont libres d'adhérences. Une anse grêle est courbée sur la partie droite du côlon transverse auquel elle est fortement fixée ainsi qu'au bord du foie. A gauche, une autre anse grêle adhère au diaphragme et aux arcs costaux. L'épiploon formant corde est fixé au bord du foie. L'appendice est libre. Une anse grêle est adhérente dans le petit bassin. Le côlon transverse est réuni au bord du foie et à la grande courbure de l'estomac. La communication est située à cinq centimètres de l'angle gauche du côlon. Dans la paroi intestinale, tumeur du volume d'une noix. A l'ouverture de l'estomac, tumeur presque ronde, large comme la paume de la main, tenant la grande courbure jusqu'à trois centimètres du pylore. L'orifice de communication a les dimensions d'un crayon. Dans la lumière du côlon, la tumeur apparaît comme une grosse noix se détachant de la paroi à la façon d'une papille. Sur son sommet se trouve l'orifice de communication. Le tube intestinal est légèrement enflammé. Diagnostic anatomique : Péritonite adhésive. Carcinome de l'estomac. Communication entre l'estomac et le côlon transverse. Cholélithiase. Néphrite parenchymateuse. Pleurésie adhé-

sive. Emphysème. Dilatation bronchique. Diagnostic microscopique : carcinome à cellules glandulaires.

OBSERVATION IV

Ph. Koch, *Arch. für Verdauungskrankheiten*, 1903.

Homme. Entre à la clinique le 12 juin 1900. Parents morts de maladies inconnues du sujet. Celui-ci a toujours été bien portant, mais a fait usage de tabac et d'alcool. Marié en 1878 à une femme saine, il a des enfants bien portants. Il y a trois ans, pneumonie. Le sujet fait remonter sa maladie actuelle à trois semaines. A ce moment, influenza, perte de l'appétit qui, depuis, n'est jamais revenu, puis élancements au niveau de l'estomac. Pyrosis. Selles très irrégulières. Jamais de sang dans les selles mais quelques mucosités. Toux sans expectoration. Aucun œdème. Le sujet a perdu 40 livres de son poids depuis l'automne de 1889. Homme vigoureusement bâti, mal nourri, mais pas cachectique. Aucune tuméfaction ganglionnaire. Pas d'ascite, pas de douleur à la pression de l'abdomen. L'estomac arrive à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de clapotage. Dans la région pylorique, tumeur du volume d'une noix. L'urine acide ne contient pas d'albumine, mais des traces de sucre. Le 15, selle normale. Température 36°6 à 37°5. Langue fortement chargée. Par le lavage d'estomac deux heures et demie après le repas d'épreuve, on ne rencontre aucun acide libre. Le 23 juin, selle de consistance et de couleur normales. Vomissement de 700 centimètres cubes d'un liquide très fécaloïde. Le 24 juin, dans la nuit, vomissement abondant (1.500 centimètres cubes) avec masses de matières fécales. Dans la nuit, selle semblable au vomissement. Pouls irrégulier. Les jours suivants, vomissements. Mort le 27 juin, dans l'après-midi, sans autre symptôme. Diagnostic clinique : dilatation de l'estomac, fistule entre l'estomac et le gros intestin comme suite d'un cancer à l'estomac.

Autopsie. — Cancer grand comme la paume de la main au niveau de l'estomac, ouvert dans la portion gauche du côlon. La perforation

admet le petit doigt. Cirrhose hépatique. Tuberculose ganglionnaire calcifiée. Kystes du rein gauche. Pneumonie lobulaire à gauche. Péricardite fibrineuse hémorragique subaiguë.

OBSERVATION V

Walter Zweig, *Wiener Klinische Rundschau*, 1900 ; et Elsner, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1903.

Femme, âgée de trente-huit ans. Bons antécédents héréditaires. Toujours bien portante jusqu'à quinze ans. Avec la menstruation se montrent des douleurs stomacales durant chaque jour plusieurs heures. A dix-neuf ans, violentes douleurs stomacales survenant particulièrement après les repas. Par deux fois, assez violente hématurie. Amélioration et santé assez bonne jusqu'à trente-deux ans. Au milieu d'août 1898, éructations nauséabondes.

Au commencement de septembre, elle commence à vomir, d'abord tous les deux jours, plus tard deux et trois fois par jour. Les matières vomies ne contenaient jamais de sang mais étaient fétides. Les selles étaient absentes. Elle entre alors à l'hôpital, où l'on constate des vomissements fécaloïdes et on pense à un volvulus. Amélioration par des lavements fréquents. La constipation fait place à la diarrhée jusqu'au commencement d'août. Au bout de quatorze jours, les vomissements fécaloïdes se reproduisent ; il y a jusqu'à vingt selles diarrhéiques par jour. Les selles comme les vomissements contiennent des matières non digérées. Douleurs inconstantes. Dans la dernière année, amaigrissement très marqué et faiblesse.

Au moment de l'entrée à la clinique, le poids de la patiente est de quarante kilogrammes au lieu de 70 kilogrammes qu'elle pesait l'été précédent. Œdème malléolaire. Pâleur des téguments. Pouls régulier à 50 ; tension un peu au-dessous de la normale. Haleine fortement imprégnée d'odeur fécale. Température 36°8. Langue humide. Abdomen un peu rétracté. Les mouvements péristaltiques de l'intestin sont très apparents. L'abdomen n'est pas sensible à la pression ; pas de défense musculaire. Le foie descend à trois travers de doigt au-dessous du

rebord costal. Les autres organes sont sains. Les urines contiennent 0 gr. 50 d'albumine, de l'acétone en abondance et de l'indican en quantité normale.

Le 18 août, la selle consiste en un liquide coloré en jaune et contenant des débris de viande non digérée. A jeun, l'estomac contient 50 centimètres cubes d'un liquide blanc d'odeur fécaloïde; sa réaction est faiblement acide; l'acide chlorhydrique est absent. L'examen macroscopique et microscopique du contenu stomacal et de la selle donne dans les deux cas le même résultat. Repas d'épreuve d'Ewald. On fait dans le rectum une injection aqueuse de 200 grammes de bleu de méthylène. L'estomac est évacué une heure après à l'aide du tube; son contenu est riche en matières fécales mais ne présente aucune trace de couleur bleue. Réaction faiblement acide; aucune trace d'acide chlorhydrique libre. L'acidité totale est de 4.

Le 21 août absorption par la bouche de salicylate de soude. Demi-heure après, lavage de l'intestin avec 500 grammes d'eau.

Cette eau, une fois concentrée, ne permet pas de reconnaître la présence d'acide salicylique. Le liquide stomacal contient des bacilles courts, épais et mobiles. Injection d'un quart de litre de lait coloré par l'éosine. Une demi-heure après, lavage de l'intestin avec quatre litres d'eau sans qu'il se produise une trace de coloration rouge. L'insufflation d'air dans le rectum remplit rapidement le gros intestin puis l'intestin grêle.

Opération par Hahn le 2 septembre : Anesthésie locale et légère éthérisation. Laparatomie haute. Anses intestinales unies et brillantes. Estomac fortement rétracté dans l'hypocondre gauche. On détache des adhérences au fond et on attire l'estomac au dehors. Après de longues recherches, on trouve sur la paroi postérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, une large soudure avec l'angle gauche du côlon transverse. Il existe une ouverture fistuleuse admettant l'index. On fait, pour rendre la lésion plus accessible, une incision transversale sur le côté gauche. Malgré cela, on ne peut approcher. Les anses intestinales adjointes à la fistule sont liées par une suture en bourse et on anastomose le côlon transverse avec l'S iliaque. Fermeture après hémostase soigneuse. Durée deux heures et demie.

Les suites opératoires sont idéales. Au deuxième jour les vomisse-

ments cessent ; quatre jours après, première selle. Amélioration rapide. Sort guérie de l'hôpital à la fin de sa sixième semaine.

Trois mois après, la patiente a augmenté de 15 livres. L'urine ne contient ni albumine ni acétone. L'opérée ne suit aucun régime. L'examen objectif est négatif. L'examen de l'estomac montre une légère atonie, mais un chimisme anormal.

En 1903, Elsner rapporte la suite de l'observation. L'état général et l'état local sont toujours bons. Les deux bouts de l'intestin constituent les annexes de l'estomac. En faisant ingérer du bismuth en suspension on voit par la radiographie une traînée noire qui marque la communication de ces annexes avec l'estomac.

OBSERVATION VI

Unruh. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1899.

Homme 33 ans, exerçant le métier de pêcheur. Avait toujours été bien portant jusqu'au mois de mai 1896. A partir de cette époque, violentes douleurs stomacales après chaque repas. Les douleurs diminuèrent sans disparaître. Perte de poids. Au commencement de novembre, vomissements qui présentent bientôt l'odeur fécaloïde. Entre le 11 janvier 1897 à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, le patient se plaint depuis l'époque indiquée de douleurs dans la région stomacale, mais aussi de perte de l'appétit, de constipation et de nausées. Il est fortement amaigri et tellement faible qu'il ne peut marcher sans aide. Pas de fièvre. Pouls petit, régulier. La paroi abdominale est très flasque, si bien qu'on peut palper jusqu'à la colonne vertébrale. On ne sent ni tumeur ni résistance anormale. Clapotage ; l'estomac ne descend pas jusqu'à l'ombilic. L'épigastre est douloureux à la pression, un peu à gauche de la ligne blanche. Langue bonne. Toucher rectal négatif. Ni sucre, ni albumine. Amélioration par les compresses de Priessnitz et une diète sévère.

L'injection d'eau dans le rectum avec la canule de Quincke détermine une sensation de vive pression dans la région stomacale.

Le 16 janvier, vomissements fécaloïdes. Ces vomissements se montrent ensuite trois ou quatre fois par jour. Les aliments ingérés (œufs, lait, vin) ne laissent guère de traces dans les vomissements. Deux lavages de l'estomac chaque jour. Il faut longtemps pour nettoyer l'estomac. Fréquemment, peu de temps après le lavage, clapotage distinct. Le patient ne vomit pas dans les quelques heures qui suivent le lavage. Malgré le régime et les lavements, dépérissement. Le malade refuse la laparotomie et meurt le 15 février. Les vomissements cessèrent vingt-quatre heures avant la mort et à leur place se montra la diarrhée. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VII

Unruh, *Deutsche med. Wochenschr*, 1899.

Femme, vingt-quatre ans. Depuis déjà longtemps mais surtout depuis deux ans, douleurs stomacales violentes et fréquentes. Le 28 octobre, subitement, fortes douleurs abdominales et vomissements. Constipation opiniâtre. On pense à une occlusion intestinale, et la malade entre à l'hôpital. Malade chétive, musculature médiocre. Organes thoraciques normaux. Pouls de 40 à 60. Pas de fièvre. Douleur dans la région de l'estomac s'irradiant dans l'hypocondre droit. Ventre un peu ballonné mais pouvant être palpé. Clapotage; pas de tumeur abdominale. Rectum vide. Urine trouble, jaune clair, sans albumine. Les vomissements et les douleurs cessent après l'entrée à l'hôpital, mais on ne réussit pas à provoquer de selles. Le 8 novembre, vomit un plein vase de liquide brunâtre, contenant des excréments. Les lavages d'estomac ramènent du liquide semblable. Après les premiers lavages le liquide s'écoule clair. La pénétration de un litre et demi à deux litres de liquide dans l'estomac détermine l'apparition d'une grosse tuméfaction autour de l'ombilic. Elle va de deux doigts au-dessus de l'ombilic à deux doigts et demi de la symphyse. Cette tuméfaction est mate à la percussion. Après évacuation de l'eau, le ventre s'affaisse, et dans la portion précédemment mate, on trouve de la sonorité tympanique. Il y persiste du clapotage. Le diagnostic est fistule gastro-

colique consécutive à un ulcère de l'estomac. La constipation opiniâtre fait penser à l'existence d'une valvule empêchant le passage des matières dans le côlon descendant.

Laparotomie le 22 novembre par le professeur Garré. Lavage préalable de l'estomac. Anesthésie mixte. Éther et chloroforme. L'estomac est attiré en dehors puis renversé. Le côlon transverse dans sa partie droite est distendu, tandis que le côlon descendant est vide. Estomac et épiploon accolés. Le côlon est réuni à la face postérieure de l'estomac au voisinage du cardia sur la petite courbure. Le côlon, au niveau de l'adhérence, affecte une disposition anguleuse; le bout afférent est distendu; le bout efférent est complètement vide. Au niveau de l'angle, le méso-côlon est épaissi et dur au toucher. De chaque côté de la zone adhérente, tissu cicatriciel. La zone d'union est profondément placée au voisinage de la colonne vertébrale et seulement accessible à la vue. La portion adhérente au côlon est sectionnée à droite et à gauche de l'adhérence après ligature, puis les bouts sont fermés par double invagination. Le côlon descendant et le côlon transverse étant fixés par des adhérences qui pour ce dernier sont des cicatrices de méso-côlon, ne peuvent être rapprochés bout à bout. Alors fermeture des deux bouts, puis anastomose entre le côlon transverse et le côlon descendant. Réintégration, puis fermeture. Durée sept heures. .

Après l'opération, la guérison est régulière. La plus haute température atteinte est de 37°6, le deuxième soir. Le pouls varie de 60 à 76 pendant les trois premiers jours, puis tombe de 44 à 56. Le 23 novembre, selle moulée. Ablation du dernier fil le 7 décembre; se lève le 12 décembre. La palpation ne montre rien. Le poids de la malade accuse bientôt une augmentation de six livres. Appétit très bon. Selles régulières, de consistance normale. Quatre semaines plus tard l'opérée pouvait reprendre ses occupations. Neuf mois après elle a augmenté de 15 kilogrammes; l'appétit est très bon.

OBSERVATION VIII

Chappelt, *Bull. de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1902.

Homme de 55 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques importants ; un peu éthylique. Entre fin décembre à l'Hôtel-Dieu pour des troubles gastriques datant d'un an et s'étant aggravés en avril. Le 17 décembre, perforation se traduisant par une douleur très vive et une sensation de faiblesse extrême pendant que le malade travaillait ; depuis, sensations douloureuses à l'épigastre, augmentant par l'ingestion des aliments. Jamais de vomissements soit avant, soit après la communication gastro-colique ; jamais de melæna.

A l'entrée, amaigrissement sans cachexie ; abdomen rétracté, défense de la paroi à l'épigastre ; pas de tumeur appréciable, anachlorhydrie par le repas d'épreuve ; pas d'odeur spéciale de l'haleine ; pas de lientérie ; constipation ; rien d'anormal aux autres organes : ni glycosurie, ni albuminurie. Le lavage et l'insufflation de l'estomac ne sont pas pratiqués. Affaiblissement lent. Mort par pneumonie lobaire droite, le 8 février.

Autopsie. — Rétraction du grand épiploon. Noyaux de généralisation sur le mésentère ; adhérences très marquées d'une anse grêle et du côlon à l'estomac qui adhère également à la rate, au pancréas et au foie ; vaste néoplasme ulcéré à bords surélevés, à fond grisâtre constitué par le pancréas, occupant la face postérieure, empiétant vers la grande courbure, à grand axe perpendiculaire à la direction de l'estomac, ayant 8 centimètres de largeur sur 12 centimètres de hauteur. Intégrité du pylore situé à 8 centimètres de la tumeur. Communication de l'estomac avec la portion moyenne du côlon transverse par un orifice du diamètre d'une pièce de 2 francs, communication franche sans valvule.

OBSERVATION IX

Labhart, *München med. Wochenschrift*, 1901.

Homme 41 ans. Le patient n'a jamais été souffrant avant la maladie actuelle. En juin 1889, douleurs stomacales survenant après les repas et aussi vomissements. Ces douleurs augmentent, le malade vomit tout ce qu'il prend et maigrit. Fréquents renvois acides. Jamais de sang dans les matières vomies. Le 17 février 1900, entre à la clinique de Heidelberg. A ce moment pâleur, faiblesse. Organes thoraciques normaux. Sous le rebord costal, tumeur du volume du poing à surface unie et d'une mobilité relative. Toucher rectal négatif. Après le repas d'épreuve, absence d'acide chlorhydrique libre. Réaction lactique. Longs bacilles et levures. Par insufflation de l'estomac, la tumeur garde sa situation. Le 20 Février, lavage de l'estomac qui donne du liquide avec des matières fécales et du sang. L'insufflation du rectum est suivie de renvois fétides.

Le 20 février, laparatomie par le professeur Eiselsberg. Incision sur la ligne médiane. Grosse tumeur de la grande courbure de l'estomac ayant envahi le côlon transverse. Le jéjunum est fortement aplati. Jéjunostomie d'après le procédé de Witzel. Guérison *per primam*. Après la narcose se produisent encore les vomissements fécaloïdes. L'homme reprend un peu, mais la faiblesse reste grande. La fistule de l'intestin grêle fonctionne bien. Amélioré, il part le 24 mars.

OBSERVATION X

Labhart, *München med. Wochenschrift*, 1901.

Homme 51 ans. Famille bien portante. Bonne santé jusqu'à la maladie actuelle qui date de décembre 1900. A cette époque, douleurs stomacales survenant après les repas. Depuis trois semaines, le malade est au régime liquide. Depuis deux semaines, après les selles, fréquents vomissements. Les matières vomies sentent l'odeur fécale

et ne contiennent pas de sang. Depuis quatorze jours, diarrhée, amaigrissement et perte des forces. Le 6 juin 1901, il entre à la clinique Koenigsberg. A ce moment pâleur. Organes thoraciques normaux. Langue humide et chargée. Abdomen flasque, affaissé. Au-dessus de l'ombilic, résistance peu distincte à la pression. Estomac dilaté. Clapotage. Pas de fièvre. Urines normales.

Les jours suivants, le liquide retiré de l'estomac contient chaque fois des matières fécales. Plusieurs selles diarrhéiques chaque jour.

Le 14 juin, opération par le professeur Garré. Après lavage de l'estomac, anesthésie par l'éther. Laparotomie. Dans la paroi antérieure de l'estomac se trouve une grosse tumeur adhérente au côlon transverse. Les deux portions du côlon transverse de part et d'autre de la tumeur sont rapprochées, puis réunies par une colocolostomie.

Le patient supporte bien l'intervention. A la suite, disparition des vomissements. Le 19 juin, selle spontanée normale. Guérison de la plaie sans réaction.

Le 5 juillet, un lavage donne du liquide stomacal sans mélange de fèces.

Le 6 juillet, le malade part amélioré, ayant gagné vingt livres. Revu plusieurs fois depuis en bon état, n'ayant plus ni éructations, ni vomissements.

OBSERVATION XI

Labhart, *München med. Wochenschrift*, 1901.

Homme 40 ans. Bons antécédents héréditaires. Bien portant jusqu'en janvier 1901. Début de la maladie par des douleurs après le repas. Depuis le 1^{er} avril, presque chaque jour, vomissements fétides, renvois et mauvais goût dans la bouche. Fort amaigrissement. Faiblesse. Le 31 mai 1900 entre à la clinique Koenigsberg.

Pâle, fortement amaigri, le patient pèse 97 livres. Organes thoraciques normaux. Ventre souple. L'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au-dessous de cet ombilic, tumeur du volume de trois à quatre doigts, de consistance dure et médiocrement

mobile. L'évacuation de l'estomac donne un demi-litre d'un liquide brun-jaunâtre avec des mucosités et des matières fécales. Le repas d'épreuve montre l'absence d'acide chlorhydrique libre, la présence d'acide lactique. Au microscope, beaucoup de longs bacilles. Le sujet devait être opéré le 4 juin, mais le lavage d'estomac n'ayant pas donné de matières fécales, l'opération est retardée. Le 6 juin, plusieurs fois par jour, selles diarrhéiques. La nutrition est presque exclusivement obtenue par lavements. Rapidement faiblesse, forte diarrhée. Mort le 17 juin.

OBSERVATION XII

Labhart, *München med. Wochenschrift*, 1901.

Homme 56 ans. Depuis quelques mois, amaigrissement et perte de forces sans douleurs. Dans la dernière semaine, se montrent irrégulièrement des vomissements après les repas ; ils sentent très mauvais. L'évacuation de l'estomac donne une grande quantité de matières fécales fluides mélangées à des restes d'aliments. Dans la région stomacale, tumeur un peu douteuse. On pense à une fistule gastro-colique d'origine cancéreuse. Le patient refuse l'opération. Evacuation profuse de matières fécales par la bouche. Perte de forces. Mort après-quelques semaines. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIII

(Lejonne et Milanoff, *Soc. anatomique de Paris*, 1900.)

Homme 67 ans. Ancien rhumatisant, souffrait depuis quelques mois de douleurs abdominales, avec anorexie et perte de forces ; il entre à l'infirmerie pour vomissements alimentaires. Organes paraissant sains ; urines pâles, ni sucre, ni albumine. Le diagnostic porté est cancer de l'estomac, bien que le ventre, facile à explorer, ne paraisse contenir aucune tumeur, et qu'il y ait uniquement de la douleur spontanée et provoquée dans la région épigastrique. Pas de ganglions appré-

ciables. Jamais de melaena, de lientérie ou de diarrhée. Observé pendant dix huit jours, l'état n'a pas changé. En dehors de quelques vomissements alimentaires, le sujet digérait bien le lait.

Le 3 Février, pendant la visite et en peu de temps, le malade change très rapidement. Sans accuser de forte douleur, il devient pâle, avec les traits altérés, la figure anxieuse. Extrémités froides cyanosées. Voix faible. Langue blanche et froide. Pouls petit, incomptable. Abdomen un peu plus résistant que d'ordinaire. Respiration fréquente. Pas de frissons, ni de vomissements. Température 36°2. Cet état dure une heure à peine et le malade succombe dans le collapsus.

Autopsie. — Le péritoine contient un litre de lait à moitié digéré. Il n'y a pas de péritonite. L'estomac un peu dilaté adhère fortement au côlon transverse et à son méso. Après ablation des organes et l'ouverture du côlon et de l'estomac, on trouve une tumeur cancéreuse occupant le tiers inférieur de l'estomac. Au niveau de la grande courbure et empiétant sur la paroi postérieure, on voit une perforation circulaire grande comme une pièce de 2 francs. « Cette perforation ayant les bords minces et adhérents au côlon transverse et à son méso, se continue au delà de ces deux organes et fait communiquer l'estomac avec la grande cavité péritonéale. De sorte qu'en soulevant le grand épiploon, et le doigt introduit dans la perforation, pour arriver dans l'estomac il doit traverser les parois et la cavité du côlon, le méso-côlon, puis la perforation de la tumeur. » Pas de cancers dans les autres organes.

OBSERVATION XIV

G. Kelling, *Archiv. für Verdauungskrankheiten*, 1903.

Homme 27 ans. Père mort probablement d'un papillome de la vessie. Mère bien portante. Le sujet a un pied-bot congénital. Pas de syphilis. Les troubles stomacaux ont commencé à l'âge de 25 ans, au printemps de 1898, par des douleurs survenant presque toujours après le premier déjeuner et disparaissant quand le sujet allait à la selle. Périodiquement diarrhée. Les douleurs stomacales allèrent en augmen-

tant, le sujet devint nerveux et faible. Dans l'été de 1899, il découvrit une petite tumeur au niveau des arcs costaux gauches et eut plusieurs fois du sang dans les selles. Au printemps de 1900, le malade commet des excès et devient maigre ; plus tard, coliques et sensations douloureuses dans la région de la rate et des reins. Température élevée le soir. En octobre 1900, renvois fécaloïdes de plus en plus fréquents et vomissements. Les vomissements fécaloïdes étaient plus pénibles si la diarrhée existait, beaucoup moins si les selles étaient solides.

En novembre 1900 : Homme extraordinairement pâle, pesant 50 kilogrammes. Pas d'œdème ni de tuméfaction ganglionnaire. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Pouls de 100 à 140. Température de 38°1 à 38°6.

Après un repas d'épreuve, on ramène du liquide avec des débris de matières fécales ; il ne contient pas d'acide chlorhydrique, selles normales sans mucosités.

Le 18 Novembre 1900, laparotomie médiane. Incision complémentaire faite du côté gauche, à partir de l'ombilic. Dans l'angle du côlon, tumeur dure, du volume de deux phalanges et large d'une à une et demie. Elle est fortement soudée à la paroi postérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, et aussi aux dernières côtes. Section du côlon transverse et fermeture en laissant la partie adhérente à l'estomac dont les deux bouts sont fermés, puis anastomose du côlon transverse avec le côlon descendant.

Après l'intervention, il se forme une petite fistule stercorale qui guérit vite.

Une amélioration telle suit l'intervention que le poids s'élève à 112 livres et que le taux de l'hémoglobine augmente. A la fin d'avril, de nouveau douleur et élévation de température, manque d'appétit et faiblesse. Au commencement de juin, perte de poids, constipation, tumeur sur le rebord costal du volume d'une petite pomme.

Le 2 octobre 1901, laparotomie latérale. La tumeur grosse comme une pomme était solidement soudée à la paroi abdominale au niveau de la onzième et de la douzième côte. L'estomac est ouvert sur la face antérieure et montre sur sa paroi postérieure une ulcération infundibuliforme dont le curettage décèle par l'examen microscopique

la nature cancéreuse. L'estomac est refermé. Suture de la paroi abdominale. Guérison sans réaction.

En janvier 1902, métastase dans le foie. De février en avril, plusieurs accès de douleurs violentes. Ces accès duraient de quelques minutes à un quart d'heure, empêchant la respiration et disparaissant par les éructations. Fin avril, œdème des jambes et ascite. L'appétit est conservé jusqu'à la mort qui arrive par affaiblissement le 30 juin 1902.

Autopsie. — Adhérences assez étendues des anses intestinales et de l'estomac avec la paroi abdominale du côté gauche. Au moment de l'ouverture, l'estomac épaissi sur sa face antérieure se déchire. Le côlon transverse, adhérent lui aussi à la paroi abdominale, est dirigé obliquement de droite à gauche et de haut en bas. Le jéjunum, à dix centimètres de son origine, adhère au fond de l'estomac, et il existe à ce niveau une fistule de 4 centimètres de longueur sur 75 centimètres de largeur, dont les bords sont infiltrés par le cancer qui fait communiquer l'estomac avec l'intestin. Une autre fistule de même nature et de 1 centimètre, 5 de diamètre siège au point où finit le duodénum et fait encore communiquer l'estomac avec l'intestin. Dilatation médiocre de l'estomac. Son fond est occupé par une ulcération cancéreuse grande comme deux fois la paume de la main. La rate un peu hypertrophiée est adhérente solidement à l'estomac. Sa capsule est envahie par le cancer. Début de tuberculose pulmonaire. La paroi de l'estomac mesure 1 centimètre d'épaisseur. Sur la face antérieure de l'estomac, dans la portion cancéreuse, se montre une dépression en cul-de-sac de 4 centimètres de largeur recouverte de péritoine épaissi; ce cul-de-sac est privé de muqueuse et tend à s'ouvrir vers le côlon. Le néoplasme s'approche du cardia. Il adhère au diaphragme et à la paroi abdominale qu'il envahit. Le pylore est libre. La muqueuse est blanc-jaunâtre. Métastase dans le foie.

OBSERVATION XV

Hentschel, Thèse de Würzburg, 1894.

Femme, cinquante ans. Bonne santé antérieure. Ménopause, il y a deux ans. Depuis un an, perd ses forces et maigrit.

Depuis décembre 1893, vomissements fréquents avec coliques et alternatives de constipation opiniâtre et de diarrhée profuse. De temps en temps, un peu de sang dans les selles diarrhéiques, et aussi des glaires.

En 1892, on découvre une tumeur qui n'a pas cessé de croître et qui est considérée comme appartenant à l'ovaire gauche.

Le 1^{er} juillet 1894, femme extraordinairement amaigrie, peau couleur de cire. Pas de fièvre. Pouls petit et accéléré. Appétit conservé, mais la malade ne peut guère en profiter à cause des vomissements. L'abdomen n'est pas très distendu. Dans sa moitié gauche, tuméfaction hémisphérique.

A ce niveau, tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, de consistance ferme. Pas d'ascite, pas de métastases. L'examen montre que la tumeur est indépendante de l'utérus et de ses annexes. On fait le diagnostic de cancer de l'intestin, probablement de l'S iliaque. Le malade est transporté à Würzburg le 5 juillet. Le 6 juillet, après avoir pris de l'huile de ricin, la malade a une évacuation alvine accompagnée de coliques et en même temps de vomissements répétés d'abondantes matières brunâtres de couleur chocolat et d'odeur fécale.

Le 7 juillet, laparotomie. Incision à gauche de l'ombilic, au niveau de la tumeur. Celle-ci apparaît adhérente à la paroi abdominale sur presque toute sa surface antérieure. Nombreux vaisseaux allant de la paroi à la tumeur et dont la ligature demande environ une heure. La tumeur est alors luxée hors de l'abdomen et on s'aperçoit qu'elle tient au côlon transverse. On voit que la tumeur est unie par des adhérences intimes à la grande courbure de l'estomac. On est conduit à faire une résection partielle du côlon et de l'estomac. La partie réséquée de l'estomac appartient à peu près au milieu de la grande courbure et mesure 10 centimètres de longueur sur 4 à 5 centimètres de largeur. Vers le milieu, on voit une perforation de la grosseur d'une lentille qui conduit dans le côlon transverse.

Durée de l'opération, trois heures et demie. Quantité de chlороforme employée, 40 grammes.

Le 7 juillet au soir, malade très faible; plusieurs vomissements bilieux. Pas d'élévation de température, pouls très petit à 130. Le 8 juillet, température 38°2, pouls filiforme à 130 ou 140. Affaiblissement

extrême. Pas de douleur. Pas de météorisme. Quelques rares vomissements. On ouvre la plaie sur une grande étendue, sans anesthésie. On trouve entre les muscles un peu de liquide louche d'odeur fécaloïde. Les anses intestinales voisines ne présentent pas trace d'inflammation.

La mort arrive le 9 juillet, à 4 heures.

Pas d'autopsie. L'examen de la tumeur extirpée montre qu'elle a le volume du poing et présente une surface dure, bosselée. Elle englobe dans sa masse le côlon transverse sur toute sa circonférence et sur une longueur de 10 centimètres. Le point d'origine de la tumeur est sur la paroi postérieure du côlon, laquelle offre une épaisseur de 2 centimètres 5, tandis que la paroi antérieure n'a que 7 millimètres. La fistule gastro-colique a une longueur de 1 cent. 5 et le diamètre d'une plume de corbeau. A part la fistule, l'estomac était sain. L'examen microscopique confirme le diagnostic de cancer.

OBSERVATION XVI

O. Theile, Zeitschr. Klin für Med., 1895.

Femme, cinquante-six ans, entre à l'hôpital le 20 janvier. Pas d'antécédents importants. L'affection actuelle a débuté soudainement le 9 janvier par des vomissements fécaloïdes, contenant en plus du sang liquide et en caillots. Tout se calma avec le repos au lit, la glace sur le ventre et le régime liquide. Après une période de bien-être relatif, les vomissements reviennent, se reproduisant plusieurs fois par jour. En même temps diarrhée.

A l'entrée, femme encore grasse, visage un peu maigre, lèvres un peu colorées. Température 38° 5. Pas d'œdème. Langue blanchâtre avec dépôts bruns. Ventre souple, pas de douleur très vive à la pression. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. Pouls à 136, petit, régulier. Urines rares sans albumines, ni indican. Le 30 janvier, température du matin 37° 8 ; pouls 136 ; le soir 38° 1. Vomissements d'odeur aigre et fécale. Le 30 janvier, température 39° 7 à 38° 2. La quantité des matières vomies en vingt-quatre heures atteint environ 400 centimètres cubes. Les jours suivants l'état

reste le même. Le 4 février, température 37° 2. Le soir, le pouls est à peine sensible. La malade est accablée, les régions hépatique et épigastrique sont très douloureuses. Mort le 5 février. On n'a pas relevé de lientérie.

Autopsie. — Cancer du gros intestin avec gangrène de la paroi et perte de substance égale à la longueur de la paume de la main. Cette ouverture communiquait avec le pylore et la première portion du duodénum. Noyaux secondaires dans le foie.

OBSERVATION XVII

Kilgour, St-Lauké's Ward XII.

Homme, quarante-trois ans. Entre le 23 mai 1851 à l'infirmerie d'Aberden ; il avait du dégoût pour les aliments, des malaises après les repas et des douleurs lancinantes à l'épigastre. Amaigrissement prononcé. Douleurs stomacales augmentées par l'ingestion des aliments qui étaient rejetés deux ou trois heures après. Matières vomies très acides ; consistance bouillie de gruau, quelquefois de couleur verdâtre très foncée.

Abdomen aplati. Tumeur de deux pouces de diamètre dans l'hypocondre gauche. Bon appétit. Constipation opiniâtre. Le 14 juin, l'état empire brusquement. Douleurs violentes dans l'abdomen pendant toute la nuit. Le 15 juin collapsus. Le malade dit qu'il se sent mourir. Abdomen distendu, très sensible. Soif intense Vomissement d'une grande quantité de liquide brun. Pouls petit. Peau froide. Aphasie. Il se remet de cette crise. Il continua cependant à s'affaiblir. Les vomissements revinrent, l'appétit disparut et le sujet mourut le 6 août.

Autopsie. — Estomac uni par des adhérences étroites au côlon transverse. Pylore dur, épaissi, dans lequel on peut à peine introduire un stylet. Près du pylore, au point d'adhérence avec le côlon, ouverture irrégulièrement ovale faisant communiquer les deux organes, admettant le petit doigt et entourée de bords unis et peu épais.

OBSERVATION XVIII

(Gairdner, *Med. Times and Gazette.*)

Homme 40 ans. Entre à l'infirmerie royale d'Edimbourg en avril 1855. A l'entrée, état très grave. Douleur épigastrique. Collapsus. Traits tirés. Extrémités froides. Pouls presque imperceptible. Amaigrissement extrême. Il y avait eu à plusieurs reprises des crises semblables et des douleurs violentes dans la partie supérieure de l'abdomen ; douleurs augmentées pendant la défécation et après les repas qui étaient souvent suivis de vomissements. Depuis longtemps, il avait perdu l'appétit, et maigrissait. Le jour suivant, après applications locales de térébenthine, il n'était plus dans le collapsus. On nota alors : tympanisme, pas de trace d'ascite, douleur épigastrique pas très accentuée. Pas de tumeur appréciable. Langue humide et propre. Constipation. En peu de jours, sous l'influence du traitement (diète lactée, lavements opiacés), il se trouve un peu mieux, il peut prendre quelques aliments. Une ou deux fois, vomissements de matières à demi digérées, très acides, sentant la levure de bière et contenant des sarcines. Au bout de 15 jours, il souffrait moins, mais les repas étaient suivis d'une sensation de réplétion et quelquefois de vomissements à intervalles irréguliers. Une ou deux fois peut-être, quelques filets de sang dans les vomissements. Selles rares, mais normales. La faiblesse va s'accroissant et la mort survient le 12 mai.

Autopsie. — L'estomac est caché sous le foie ; un coude du côlon occupe l'épigastre. En séparant le côlon de l'estomac, le doigt déchire le péritoine et tombe dans une cavité située dans la petite cavité péritonéale, bornée en arrière par le pancréas et en avant par l'estomac et le côlon ; cette cavité communique avec ces deux derniers organes. Estomac petit et un peu épaissi sur le pylore. A l'ouverture, ulcère de 1 pouce 1/2 de diamètre, situé sur la face postérieure de l'organe, à un demi-pouce du pylore. Pas de noyaux cancéreux. Dans le voisinage, deux petits ulcères cicatrisés. Pylore normal. Sur le milieu de la paroi postérieure du côlon transverse, perforation circulaire de plus d'un

pouce de diamètre. Les parois ulcérées de l'estomac et du côlon sont adhérentes à la tête du pancréas. La fistule gastro-colique est oblique et un peu creusée en entonnoir.

OBSERVATION XIX

Willigk, *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1853.

Fistule gastro-colique dans un cas d'ulcère stomacal. L'ulcère avait perforé les parois du côlon qui adhérait intimement à l'estomac. Les deux ouvertures dont les bords étaient bien cicatrisés avaient plus d'un pouce de diamètre.

OBSERVATION XX

Jones of Caernarvon, *Trans. med. and chir. Society of London*, 1851.

Enfant de cinq ans. Tomba malade pour la première fois le 10 décembre 1850 ; il eut de l'érythème noueux sur les bras et sur les jambes et perdit l'appétit. Les symptômes persistèrent pendant le mois et l'enfant s'amaigrit. Le 31 décembre, violentes douleurs dans le ventre, vomissement d'un liquide ressemblant à du pus. Ces vomissements persistèrent quatre jours et revinrent par intervalles jusqu'au 10 mars avec de fréquentes crises douloureuses et un amaigrissement progressif. En février, les matières vomies ont le caractère fécaloïde. Le 10 mars, diarrhée et bruyants borborygmes avec rémission de la douleur et des vomissements. Quinze selles par jour. Une amélioration se manifeste, l'appétit devient excellent mais le malade n'engraisse pas. Vers le milieu de mai, perte de l'appétit et constipation. Au commencement de juin, après absorption d'un laxatif léger, vomissements fécaloïdes. Même état pendant juin et juillet. Le vomissement revenait tous les deux jours. L'enfant se sentait mieux après avoir vomi. L'appétit était revenu. A la fin de juillet, les vomissements deviennent plus fréquents et la constipation plus opiniâtre. Amaigrissement graduel. Mort le 2 août.

Autopsie. — Amaigrissement extrême. Un peu de sérosité trouble dans l'abdomen. Perforation de la dimension d'une tête d'épingle sur le milieu du côlon transverse. Estomac petit. Adhérence entre l'estomac et le côlon transverse, et ouverture permettant le passage du doigt faisant communiquer les deux organes. Petit intestin vide et rétracté (trois pied de long). Côlon dilaté au double de son volume normal, paraissant occuper tout l'abdomen et rempli d'un liquide impossible à distinguer des matières vomies.

OBSERVATION XXI

Scholz. *Wiener med. Blätter*, 1896.

Homme 58 ans. Rien dans les antécédents héréditaires. Depuis plusieurs années, constipation et symptômes neurasthéniques. Depuis trois mois encore la fatigue a augmenté. Troubles digestifs. Perte d'appétit six mois après, l'état empire, et le sujet doit abandonner tout travail. Il entre à l'hôpital, le 15 septembre 1895, dans un état de cachexie inexplicquée. Le 23 septembre, hémorragie intestinale. Le 2 novembre, après une prise de séné, vomissements fécaloïdes et selles diarrhéiques.

Les jours suivants, pas de signes d'obstruction intestinale. Le 5 novembre, après une nouvelle administration de séné, nouveau vomissement stercoral et selle diarrhéique. Le 6 novembre, le malade est horriblement cachectique. Température normale. Pouls 80 à 90. Depuis le vomissement stercoral, quelques vomissements alimentaires. Langue rôtie. Ventre souple. Pas de borborygmes. Pas de douleur ni de tumeur abdominale. L'insufflation de l'estomac par l'acide carbonique amène des renvois fétides et l'organe se dessine volumineux et flasque. Le lavage de l'estomac dévoile son contenu stercoral. L'injection d'un litre d'eau dans le rectum cause des douleurs violentes.

Le 10 novembre, après absorption d'huile de ricin, cinq selles diarrhéiques et plusieurs vomissements de matières identiques aux selles. Le 17 novembre à la suite d'un laxatif, retour des vomissements fécaloïdes. On ne peut pas délimiter l'estomac à la percussion. On pense

à la possibilité d'une fistule gastro-colique. L'injection rectale de bleu de méthylène ne donne aucun renseignement. Pendant l'insufflation du rectum, on remarque d'abord la dilatation de l'S iliaque, puis à l'épigastre se montre un segment rappelant l'estomac par sa forme et ses dimensions. Le passage de l'air du gros intestin dans l'estomac s'accompagne d'un bruit de glouglou métallique perceptible à distance.

Quand l'air contenu dans l'estomac eut une certaine tension, le malade eut des renvois à odeur fécale et, à plusieurs reprises, des vomissements stercoraux. Le côlon descendant ne se laisse pas distendre par l'insufflation. Le 29 novembre, depuis sept jours, élévation de température ; un peu de matité à la base gauche du thorax. Le 3 décembre, selle diarrhéique et vomissement marc de café. Le 5 novembre, sensibilité de l'abdomen. A gauche, matité qui commence sous la onzième côte gauche, gagne l'épine iliaque antéro-supérieure et reste constante pendant les changements de position. L'espace de Traube est libre. Mêmes signes à la base du poumon gauche. Rétention d'urine. Langue rôtie. Œdème des pieds. Pouls à 132. Le 8 décembre, depuis cinq jours, les vomissements sont de coloration noirâtre et d'odeur peu fécaloïde. Beaucoup de globules sanguins décelés par le microscope. Mort le 9 décembre.

Autopsie. — Dans la grande cavité péritonéale, liquide noirâtre. La partie supérieure du jéjunum est élargie sur une longueur de 1 m. 50. Ses parois sont épaissies et elle se trouve placée sous le coude gauche du côlon. Les anses jéjunales sont agglutinées entre elles par un exsudat fibrineux. Le reste de l'intestin grêle est vide et se trouve dans le bassin. Un peu à gauche de la coudure duodéno-jéjunale, sur le bord postérieur et inférieur du côlon transverse, ouverture arrondie de 1 cent. 5 de diamètre aux bords épais ; elle laisse échapper un liquide brunâtre et se trouve recouverte par la paroi supérieure de la coudure duodéno-jéjunale. La moitié gauche du méso-côlon transverse est très raccourcie, la moitié droite paraît normale. Estomac un peu dilaté.

Dans le fond qui est la partie la plus volumineuse, on trouve des matières foncées, fécaloïdes et un liquide brunâtre. Le long de la paroi gauche, à la partie inférieure et postérieure, perte de substance arron-

die, à bords épaissis et durs. La base en est déchiquetée et, sur le côté droit, on voit des lambeaux noirâtres. Au-dessous de ces derniers, une sorte de valvule longue de 8 centimètres de large et large de 3 centimètres, granuleuse au toucher, vient flotter dans l'estomac. Au-dessous de cette ulcération est accolé le côlon transverse, à peu de distance de son coude gauche, et à ce niveau, communication entre l'estomac et l'intestin de 4 centimètres de diamètre environ. Le coude gauche du côlon attiré vers la rate adhère au bord inférieur de cet organe.

Muqueuse intestinale boursouflée autour de l'ouverture. Sur la partie initiale du côlon descendant, plusieurs ulcérations à bords irréguliers, indurés. L'extrémité gauche et postérieure de l'ulcération stomacale se trouve placée vers le hile de la rate et ce viscère est ulcéré. Thrombose de l'artère splénique.

Le reste de la muqueuse stomacale est épaissi, induré, de couleur gris sombre. La rate est augmentée de volume et sa partie supérieure est remplie d'infarctus. Le rein gauche, volumineux, présente des infarctus à sa partie inférieure. Rien aux voies biliaires. Ganglions mésentériques un peu hypertrophiés.

« Carcinoma ventriculi exulcerans et gangrenosum in colon transversum et finaliter in cavum peritonei perforans cum arrosione lienis. Infarctus lienis et renis sinistri. »

OBSERVATION XXII

Goodridge Henry, *The British, Méd. Journ.* 1890.

Homme 46 ans. Il y a six ans, troubles gastriques consécutifs à des accès alcooliques. Plus tard à deux reprises, le sujet fut sérieusement malade, ayant des douleurs abdominales, des vomissements, de la constipation, puis du sang dans les selles. Le 1^{er} novembre 1899, soudainement, vomissements fécaloïdes; ni gaz ni selles depuis quatre jours, il est dans la prostration avec pouls très faible, langue sale, un peu de sensibilité et d'induration épigastrique. Rien dans le reste de l'abdomen.

Le 5 novembre, teint un peu pâle avec état général assez bon, quoi-

que le malade prétend avoir maigri. Un peu de douleur dans l'hypochondre gauche. Pouls à 100, langue sèche, pas de selles depuis quelques jours. Haleine d'odeur fécale. Anorexie complète. Abdomen souple, non distendu. Pas de lientérie dans les antécédents. On diagnostique une fistule gastro-colique. Le 7 novembre, vomissement fécaloïde. Pouls à 120, misérable. Les vomissements fécaloïdes continuent les jours suivants. Le malade tombe dans un épuisement progressif et meurt le 13 novembre.

Autopsie. -- Pas de trace de péritonite récente. Intestin de couleur ardoisée, non distendu. Grand épiploon rétracté; arc du côlon relevé et caché sous les fausses côtes. Estomac complètement caché. Côlon transverse très adhérent à l'estomac. Ulcération profonde, creusant un passage en forme d'entonnoir allant du côlon dans l'estomac à travers un passage induré. L'extrémité supérieure s'ouvrant dans l'estomac sous forme d'une ouverture valvulaire de la dimension d'une plume d'oie, située à 2 ou 3 centimètres du pylore. Pylore n'admettant que l'index et un peu épaissi. Pas d'ulcération sur le reste de la surface stomacale, mais en certains endroits injection vasculaire intense avec taches bistrées. Pas d'autre ulcération du côlon. Pas de ganglions méésentériques. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION XXIII

F. May. *Munch med. Wochenschr.*, 1890.

Homme quarante-sept ans, très vigoureusement bâti. Le sujet se plaignait en novembre 1898 d'avoir beaucoup maigri depuis un an, d'avoir perdu l'appétit et d'éprouver des faiblesses ainsi qu'une sensation de tension dans l'abdomen. On diagnostiqua une cirrhose du foie au début. Le 27 janvier 1899, diarrhée et vomissements. Des crises semblables se répétèrent en février, le patient maigrit, conservant toujours son appétit. Le 21 mars, vomissement abondant et selle considérable, ayant au point de vue des matières évacuées le même caractère.

Pas de collapsus. Pas de météorisme, pas de sensibilité de l'abdomen. Le diagnostic porté est celui de fistule gastro-colique consécutive à un ulcère ou à un cancer de l'estomac. Lavage de l'estomac. Le liquide ne ressort pas tout, et aussitôt après le malade rejette par l'anus la quantité d'eau qui manquait. Cette eau était encore froide d'après les dires du malade. Le liquide du lavage contenait quelques matières. En quelques semaines, sous l'influence des lavages, le malade s'améliora et se remit à manger de la viande avec appétit.

L'insufflation de l'intestin par l'air accuse la dilatation de l'S iliaque, puis de l'estomac, tandis que le cæcum ne montre que plus tard une légère distension.

Laparotomie exploratrice le 7 mai. La nature cancéreuse est reconnue. Mort le 18 mai avec tous les signes d'une pneumonie.

Autopsie. — Estomac très dilaté et intimement uni au côlon. Paroi stomacale épaissie au niveau de la région pylorique et de la moitié droite de la grande courbure. Cette paroi est en outre tapissée de petites tumeurs arrondies de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, en partie ulcérées. Le pylore est libre.

Sur la paroi postérieure de l'estomac, au milieu de la grande courbure, énorme perforation laissant passer le poing et pénétrant dans le côlon transverse adhérent. Les bords de la fistule sont bosselés. Aux endroits sains, la muqueuse stomacale et la muqueuse gastrique sont congestionnées. Les parois stomacales et coliques sont épaissies et molles.

OBSERVATION XXIV

Walter Edmunds, Saint-Thomas's Hospital Reports, 1884.

Homme, quarante-neuf ans, teint jaunâtre, souffre depuis longtemps de troubles digestifs et de crises hépatiques. Phlébites à répétition.

En janvier 1883, douleurs intestinales. En juillet, il se plaint de crises hépatiques et aussi de coliques avec diarrhée fétide. Induration et sensibilité de la région épigastrique au-dessous des côtes gauches.

En août, obstruction intestinale pendant trois ou quatre jours, puis indigestions presque incessantes jusqu'au 15 février suivant. A cette époque, après un excès de table, obstruction intestinale durant 21 jours et cédant à une injection de morphine. Depuis, selles irrégulières et toujours liquides. Il vomit chaque jour 1 à 2 litres d'un liquide mousseux, semblable à de la bouillie de gruau, ayant une odeur fécale et une réaction neutre, ne contenant pas de sarcines mais fourmillant de microbes. Quotidiennement, pendant cinq jours on fait un lavage d'estomac, mais bien qu'on emploie 3 litres d'eau salée, le liquide ne sort pas plus clair à la fin qu'au commencement. Le 29 mai, entre à l'hôpital. Tous les jours, après avoir éprouvé pendant trois ou quatre heures des douleurs dans la région épigastrique, il vomit 1 ou 2 litres d'un liquide mauve contenant des aliments non digérés et d'odeur fécale. Après le vomissement, le sujet se sent assez bien et peut prendre et garder des aliments. Par l'anus il ne passe qu'une petite quantité de matières paraissant normales.

Dans l'abdomen, ni tumeur, ni point douloureux. L'urine ne contient pas de sucre, pas d'albumine, mais une grande quantité de bile et beaucoup d'indican.

Le 5 juin, M. Bristowe diagnostiqua une fistule gastro-colique.

Le 9 juin, on découvre par le toucher rectal une masse dure à deux travers de doigt au-dessus de l'anus. Le malade a maigri de cinq livres en dix jours.

Le 1^{er} Juin, premier temps de la colotomie. Le vomissement cessa un jour ou deux, mais survint alors une diarrhée sanglante. L'ouverture du côlon est faite le 16 juin, mais le malade n'en retire aucun bénéfice et meurt.

Autopsie. — Estomac uni au côlon par une masse cancéreuse dure, à travers laquelle une perforation large d'un pouce fait communiquer les deux organes. Côlon en partie obstrué. Le cancer paraît avoir pris naissance dans le côlon car l'estomac est sain ailleurs. Ganglions mésentériques tuméfiés, cancer ulcéré du rectum.

OBSERVATION XXV

Quincke. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1874.

Femme, trente-trois ans. A eu huit enfants en neuf ans et a beaucoup vomi pendant ses grossesses. Pendant la dernière, les vomissements ont été particulièrement tenaces et ont persisté après l'accouchement (janvier 1873). A partir de ce moment, plusieurs hématuries et de temps en temps douleurs épigastriques. Amaigrissement progressif.

Entre à l'hôpital à la fin d'avril. Teint pâle, amaigrissement considérable ; abdomen distendu. Épigastre douloureux à la pression. La distension est causée par l'estomac énormément dilaté, comme le montre la distension artificielle par le gaz.

A plusieurs reprises, le malade vomit une quantité énorme de liquide (jusqu'à 3 litres). Ce liquide avait une odeur acétique et butyrique et contenait des sarcines. Pas de tumeur. Selles fréquentes, diarrhéiques. Pas d'appétit, soif intense. Urines rares. Peau sèche.

Les lavages d'estomac améliorent la malade, la quantité d'urine s'élève. La patiente se trouvait mieux, quand tout à coup se montra une diarrhée rebelle. Le 12 juillet, état de collapsus. La diarrhée persiste, très opiniâtre, comme si les liquides absorbés s'en allaient aussitôt par l'anus. Pensant à une fissure gastro-intestinale, on donne une cuillerée de poudre de lycopode ; une heure après on en retrouve une grande quantité dans les selles. Mort le 18 juillet.

Autopsie. — Amaigrissement extrême, atrophie de tous les organes. Énorme dilatation de l'estomac, qui recouvre le côlon transverse et une grande partie de l'intestin grêle. Dans la région pylorique, surtout à la face postérieure, ulcère cicatrisé, au centre duquel se trouve une ouverture arrondie de la grosseur du petit doigt. Elle conduit dans le côlon transverse qui est uni à la paroi postérieure de l'estomac.

L'ouverture est située près du coude droit du côlon, et sa lumière est en grande partie obstruée par la muqueuse colique boursoufflée,

qui vient se hernier dans la cavité stomacale sous forme de champignon.

OBSERVATION XXVI

S. West, *Trans. of the pathol. Society of London*, 1889-1890.

Homme 40 ans. Entre à l'hôpital pour une obstruction intestinale. Gêne de la respiration à cause de la douleur épigastrique déterminée par les inspirations profondes. Hyperesthésie très marquée à la pression ; contraction musculaire. Pas de tuméfaction abdominale. Parfaitement bien jusqu'alors, le malade a été pris, il y a trois semaines, d'une violente douleur à l'épigastre, après avoir porté un lourd fardeau. A partir de ce jour, douleurs après les repas, puis vomissement qui calmait la douleur. Jamais d'hématémèse. Huit jours après, vomissements d'odeur infecte, et depuis, les vomissements ont ce caractère. De plus, ils sont maintenant irréguliers, cessant quelquefois un jour ou deux et ne suivant pas exactement l'ingestion des aliments. Température normale. On hésite entre une fistule gastro-colique et une péritonite localisée en rapport avec un ulcère de l'estomac.

Le 18 août, vomissement stercoral ; les matières vomies sont identiques aux matières contenues dans une selle concomitante.

Le 20 août, haleine fétide, diarrhée ; le 24 août, vomissement identique à la selle. Les vomissements stercoraux continuent jusqu'au 2 septembre.

Cripps, appelé, conseille une incision exploratrice dans la région inguinale. Le 2 septembre, cette incision est pratiquée ; on introduit le doigt dans l'abdomen sans résultat. Mort le 3 septembre.

Autopsie. — Côlon transverse très adhérent à la grande courbure de l'estomac. A l'intérieur, communication de trois quarts de pouce de diamètre entre les deux organes, siégeant au centre d'un cancer de l'estomac. Le reste de l'organe est sain.

OBSERVATION XXVII

Lyon, Société anatomique de Paris, 1889.

Femme, trente-trois ans. Les fonctions digestives ont été parfaites jusqu'au dernier mois de l'année 1888. A cette époque, brusquement, vomissements et quelques douleurs stomacales. Amélioration passagère par le régime lacté. Celui-ci n'est bientôt plus supporté et l'anorexie devient absolue. Au mois d'avril, après quatre lavages de l'estomac, rémission ; l'appétit était revenu, les vomissements avaient cessé et l'estomac tolérait toute espèce d'aliment. La malade entre à l'hôpital. Aspect cachectique, membres œdématisés, visage bouffi. Liquide dans les parties déclives de l'abdomen. Pas de douleur ni de tumeur épigastriques. Dilatation de l'estomac qui descend à plusieurs travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La sonde est arrêtée au cardia. Ni sucre, ni albumine. Pendant les quatre mois de séjour à l'hôpital, les vomissements ne reparurent pas et l'appétit persista jusqu'à deux ou trois semaines avant la mort. Jamais d'hématémèse. La malade succombe le 20 septembre par les progrès de la cachexie.

Autopsie. — Cancer de la petite courbure intéressant à la fois les orifices cardiaque et pylorique. Pylore parfaitement perméable. Adhèrece de la petite courbure au côlon transverse et orifice du diamètre d'une pièce de deux francs faisant communiquer les deux organes.

OBSERVATION XXVIII

Fletcher, *Prov. med. and. Surg. Journal*, 1845.

Abcès de la région lombaire consécutif à une maladie grave. Obstruction intestinale qui disparut après l'évacuation de pus et de sang, Des crises de constipation survinrent et le malade mourut.

Autopsie. — Vaste abcès dont la cavité communiquait largement avec le côlon et l'estomac.

OBSERVATION XXIX

Withbourn. *Lond. med. Gaz.*, 1845.

Femme, soixante-quatre ans. Entre à l'hôpital le 6 novembre 1844. Depuis six ans, hernie ombilicale et depuis un an, constipation et douleurs abdominales. Bientôt après l'entrée à l'hôpital, la tumeur ombilicale devint dure et douloureuse et se mit à suppurer. Il s'écoula un pus infect mêlé de sang. L'induration s'étendit du côté de l'hypocondre gauche. Du 20 au 21, vomissement de trois pintes de matières fécales liquides et de couleur sombre. Constipation. Le 29 novembre, vomissements bilieux et douleurs violentes. Le 7 décembre, vomissement de deux pintes de matières fécales paraissant venir du gros intestin. Les vomissements stercoraux revinrent à peu près tous les jours.

Les 16 et 17 décembre, ils furent accompagnés d'abondantes hématomèses.

Douleurs intenses, langue sale, pouls à 120.

Le 28 décembre, les forces déclinent. Œdème des jambes. Le 8 janvier, amaigrissement considérable. Le 17 janvier, vomissement de près d'une pinte de matières fécales. Affaiblissement. Mort dans l'après-midi.

Autopsie. — Noyaux cancéreux dans le foie, l'utérus et les poumons. Autour de l'ombilic, masse cancéreuse. Le foie et les organes voisins adhéraient à ce niveau à la paroi abdominale.

Sur le milieu du côlon transverse, large ouverture conduisant dans une cavité du volume d'un œuf, aux parois indurées. De là, canal conduisant dans l'estomac dans son milieu. Les bords de l'ouverture stomacale étaient épaissis et cancéreux. Le cæcum et le côlon ascendant étaient distendus. Le côlon transverse à gauche de l'ouverture était rétréci.

OBSERVATION XXX

Waters, Philadelphie, 1845.

Homme, soixante-cinq ans. Pris en juillet 1843 de symptômes dyspeptiques graves qui depuis ont persisté. Le 10 janvier 1844, hématé-mèse suivie de coliques violentes et de melæna. Les hématé-mèses reviennent par intervalles pendant quelques semaines, toujours accompagnées de douleurs. Une fois, vomissement puriforme. L'hématémèse cessa, mais il n'y eut pas d'amélioration. Amaigrissement. Teint jaune citron. Marasme et mort, neuf mois après le début de la maladie.

Autopsie. — L'extrémité pylorique de l'estomac était adhérente au foie et au côlon transverse. Cancer ulcéré du pylore. Entre le pylore et le côlon, ouverture d'un demi-pouce de diamètre, qui permettait au contenu de l'estomac de passer dans les selles.

OBSERVATION XXXI

Murchison, *The Lancet*, 1869.

Femme, trente ans. La malade appartient à une famille de scrofuleux. Depuis vingt ans, déviation latérale du rachis. Symptômes hystériques.

En l'année 1858 douleurs intenses dans la région épigastrique, douleurs accompagnées de vomissements alimentaires. La douleur s'exagérait toujours à la suite des repas et était calmée par le vomissement. Les efforts de vomissements amenaient des mucosités sanguinolentes à la bouche et parfois, aux époques menstruelles, des quantités considérables de sang. Les symptômes duraient depuis plusieurs mois, lorsque tout à coup survinrent des vomissements de matières fécales. Des parties d'aliments non digérés étaient expulsées par le rectum, dix mi-

nutes après leur ingestion, mêlées dans les garde-robes avec des fèces solides. La malade souffrait beaucoup d'éructations fétides. Depuis Noël 1859 jusqu'en fin septembre 1860, la malade ne rendit pas de selles, à l'exception d'une ou deux évacuations peu abondantes de scybales dures et noires. Les matières fécales étaient presque en totalité expulsées par la bouche. Les vomissements contenaient des morceaux de matières fécales du volume et de la forme d'une amande. Amaigrissement. Cet état persiste pendant toute l'année 1861. A la fin de cette année, la malade commença à rendre de temps en temps des matières par l'anus, et pendant l'année 1862 les vomissements furent moins fréquents et moins nettement stercoraux. Les éructations devinrent moins fatigantes. Depuis le commencement de 1863, la malade n'a rendu de matières fécales par les vomissements qu'une fois ou deux et en petite quantité. Une ou deux fois, vomissements sanglants au moment des règles. Avant la cessation des vomissements stercoraux, on remarque que les grumeaux fécaloïdes dans les matières vomies devenaient graduellement moins volumineux. La santé générale de la malade s'est considérablement améliorée, elle peut travailler et songerait même à se marier.

OBSERVATION XXXII

Bagolepow. In Thèse de Lang, Moscou, 1895.

Homme, quarante-cinq ans. Opéré pour un empyème sous diaphragmatique droit, gazeux, où l'on a trouvé pendant l'opération, en outre d'un pus épais, des matières fécales du volume d'une noisette. Il s'agissait d'un abcès communiquant à la fois avec l'estomac et le côlon. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

Bristowe. The Lancet, 1883.

Femme, vingt-sept ans. Pas d'affection antérieure importante. Six enfants. La maladie a commencé il y a dix-huit mois, après la naissance de son cinquième enfant. A ce moment, elle éprouva des dou-

leurs dans le côté gauche entre les côtes et la crête iliaque. Cette région était sensible, mais non tuméfiée. La malade aurait eu aussi des frissons. La douleur n'a jamais disparu et l'amaigrissement s'est montré d'une façon progressive.

Il y a deux semaines, elle venait d'avoir son dernier enfant et la douleur du côté gauche avait considérablement augmenté. On découvrit une tumeur dans la région splénique. La douleur était lancinante. Très affaiblie, sans appétit et vomissant fréquemment, la malade paraissait épuisée. Dans la région splénique, tumeur dure semblant adhérente aux parois abdominales. Pendant quatre semaines, même situation, puis grandes oscillations thermiques atteignant 41 et 42°. Le 4 septembre, la malade vomit une grande quantité de liquide jaunâtre de la consistance d'une bouillie de gruau et ayant une odeur fécale. En même temps, la tumeur de la région splénique disparaît presque complètement. Depuis, la patiente ne souffrit plus du côté gauche. Dix jours avant la mort, vomissement fécaloïde. Ce vomissement se répéta. Mort le 12 octobre.

Autopsie. — Dans l'hypocondre gauche, large cavité irrégulière contenant du sang, des lambeaux de tissus, mais pas de pus. Communication entre le côlon et l'estomac. Dans le côlon, l'ulcération est située près du coude gauche ; dans l'estomac, sur la face postérieure.

OBSERVATION XXXIV

Freudenberger, *Aerztliches Intelligenzblatt*, 1879.

Homme 59 ans. Entre dans un grand état de faiblesse à la clinique. Dans le courant de l'après midi, il aurait vomi pour la première fois des matières fécales liquides couleur brun-jaunâtre. Pouls à 76, petit, mou ; Température 36° 7. Pas de météorisme, un peu de douleur à la pression de la région épigastrique. Pas de tumeur. On pratique l'insufflation du gros intestin en injectant dans le rectum une solution de bicarbonate de soude et une autre d'acide tartrique. L'S iliaque et le côlon descendant furent successivement distendus, mais le

côlon transverse et le côlon ascendant ne participèrent pas à la distension. Aussitôt, le malade vomit une grande quantité de liquide fécaloïde mélangé de gaz. Après ce vomissement, on ne vit plus de tension du côlon descendant et de l'S iliaque, quoique l'acide carbonique ne put pas sortir par l'anus hermétiquement fermé. Le 12 mai, le malade a eu avant-hier une selle abondante et depuis ce moment il n'a pas vomi. Pas d'autres détails cliniques.

Autopsie. — Cancer circulaire de l'estomac siégeant à la partie inférieure et s'ouvrant dans le côlon transverse près du coude gauche. La fistule a un pouce de diamètre.

OBSERVATION XXXV

Monod. Société anat. de Paris, 1877.

Aucun symptôme pouvant faire penser à une fistule gastro-colique. Par la fistule gastro-cutanée s'échappait un liquide séreux, roussâtre, inodore, et quelques gaz.

Autopsie. — Périgastrite cancéreuse avec fistule gastro-cutanée. Masse compacte reliant l'estomac, le côlon transverse et le duodénum. Le côlon communiquait par un trajet oblique long de 5 à 6 centimètres avec la poche formée par l'estomac et le lobe gauche du foie.

OBSERVATION XXXVI

Lediard. *Medical Times and Gazette*, 1876.

Le malade n'aurait eu ni vomissement ni diarrhée.

Autopsie. — Grosse tumeur abdominale développée ensuite probablement au niveau du côlon et ayant englobé ensuite l'estomac et le duodénum. Communication gastro-colique près du pylore.

OBSERVATION XXXVII

Dudon. Soc. de Médecine de Bordeaux, 1875.

Femme 44 ans. Entre le 13 décembre 1874 à l'hôpital pour une tumeur de l'hypocondre gauche.

Bonne santé antérieure. Huit enfants. Une sœur atteinte de cancer de l'estomac. Depuis février 1874 douleurs stomacales lentes et sourdes avec exacerbations, pas de vomissements, pas de diarrhée. Constipation habituelle.

Quelque temps après une chute, tumeur dure, douloureuse, rouge, qui se ramollit et reste stationnaire.

Cachexie. Tumeur de l'hypocondre gauche du volume d'un œuf. A sa surface la peau est amincie.

Le ventre est saillant, dépressible, fluctuant. Le 15 décembre, par la ponction, on retire du pus. Incision donnant un demi-verre de pus crémeux, bien lié, sans mauvaise odeur. Le 5 janvier, œdème malléolaire, phénomènes digestifs très sérieux; diarrhée très abondante, matières noirâtres. Dans la nuit du 20 au 21 janvier, la malade se sentit tout à coup mouillée par un flot de liquide qui était formé d'aliments à demi digérés. Depuis ce jour, état de plus en plus mauvais. Une bonne partie des aliments sort intacte par la fistule. Diarrhée très sanguinolente. Mort le 24.

Autopsie. — Les téguments de l'abdomen sont adhérents à la grande courbure de l'estomac et la fistule communique avec sa cavité. Le côlon transverse adhère intimement à la partie inférieure de la grosse tubérosité de l'estomac et les deux organes communiquent par une ouverture de la dimension d'une pièce de 5 francs. Sur la grande courbure, vaste ulcération grisâtre.

OBSERVATION XXXVIII

Packard, Transact. of the pathol. society Philadelphia, 1884.

Homme vingt-sept ans. Entre le 9 juillet 1883. Bonne santé jusqu'à il y a quatre mois. Le premier symptôme fut un malaise après le repas, puis la perte de l'appétit et les douleurs stomacales. Tumeur dans le côté droit du ventre depuis deux mois. A l'entrée la douleur est sentie à gauche. Constipation opiniâtre. Amaigrissement extrême. Vomissements incessants. Laparotomie exploratrice. On s'arrête devant la constatation d'adhérences de la tumeur à la paroi abdominale. Mort le 29 décembre.

Autopsie. — Cancer du pylore. Adhérences avec le côlon transverse et perforation entre les deux organes.

OBSERVATION XXXIX

Hinsdale, Pathol. Society Philadelphia, 1873.

Femme de soixante-six ans. Bonne santé jusqu'à il y a quatre mois. Elle eut alors des vomissements et des hématomèses. Selles régulières mais argileuses. Vomissements, ictère et amaigrissement progressif. La mort survint deux mois après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Cancer du pylore. Ouverture du volume du doigt faisant communiquer le côlon transverse et l'estomac. Le côlon transverse est infiltré de noyaux cancéreux.

OBSERVATION XL

Johnson. The Lancet, 1865.

Homme quarante-sept ans. Entre en juin 1864 pour des vomissements et des douleurs ombilicales. En novembre, vomissements d'odeur infecte. Pas de renseignements sur les selles. Signes d'obstruction intestinale.

Épuisement rapide et mort le 11 novembre.

Autopsie. — Cancer de la grande courbure avec ulcération dans le côlon. Rien au pylore. Dimension de la fistule, ouverture colique : un pouce et demi ; ouverture stomacale : demi-pouce.

OBSERVATION XLI

Gilbert, Thèse Paris, 1887.

Homme. Dysenterie au Tonkin un an avant l'entrée à l'hôpital, en avril 1883. Cette affection n'a jamais guéri. Il y a un mois, vomissements alimentaires revenant trois ou quatre fois par semaine ; la diarrhée a augmenté. Teint terreux, abdomen plutôt rétracté. L'exploration de l'épigastre est douloureuse. Pas de douleur spontanée, jamais d'hématémèse. Le malade ne se plaint que de la diarrhée et de la perte de ses forces. La diarrhée survient dès qu'il essaie de s'alimenter. Les selles ont l'aspect dysentérique. L'estomac contient un liquide de couleur sale renfermant des débris alimentaires non digérés. Dès que les aliments pénétraient dans l'estomac, le malade ressentait des coliques violentes accompagnées d'un violent besoin d'aller à la garde-robe. Les aliments étaient expulsés en totalité ou à peu près. Cet état dura trois mois. Amaigrissement rapide. Teint terreux. Mort le 15 septembre.

Autopsie. — La peau semble collée aux os. L'estomac dilaté remplit presque tout l'abdomen. L'intestin grêle est relégué dans le flanc droit ; il est petit, ratatiné et manifestement diminué d'épaisseur et de capacité. Le côlon transverse et le côlon descendant sont fortement dilatés. Adhérences solides unissant l'estomac au côlon transverse. L'estomac incisé laisse échapper une petite quantité de liquide d'odeur analogue à celle perçue pendant la vie au moment des lavages. Au niveau de la grande courbure, l'estomac communique avec le côlon transverse par une ouverture énorme de plus de 12 centimètres de diamètre et de forme irrégulière. Les bords sont taillés à pic. Ils sont

épaissis sur une étendue de 2 centimètres. Pas d'autre ulcère. Autres organes sains.

OBSERVATION XLII

Bence Jones. Saint-Georges Hospital M. 55, Post mortem Book, 1851.

Femme, quarante-cinq ans. Bonne santé jusqu'en octobre 1850. A ce moment, douleurs abdominales, vomissements, constipation opiniâtre, œdème des jambes. Deux mois avant l'entrée, tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. Le 5 mai, vomissements intenses. La malade ne peut rien garder. Les matières vomies ont une odeur très désagréable de gangrène. Mort le lendemain.

Autopsie. — Foie très adhérent à l'estomac. Côlon transverse très adhérent à la face antérieure de l'estomac. Cancer du pylore.

L'ulcération cancéreuse gagnait en profondeur, intéressant la paroi postérieure du côlon, faisant ainsi communiquer les deux organes par une fistule longue et étroite.

OBSERVATION XLIII

H. Davies. Transact. Pathol. Soc. London. Lancet, 1848.

Homme, cinquante-quatre ans. Les premiers symptômes sont ceux d'une dyspepsie grave. En juin 1844, vomissements fécaloïdes. Les matières vomies étaient impossibles à distinguer de celles rendues par l'anus.

Les vomissements stercoraux revinrent par intervalles qui duraient quelquefois plusieurs mois, mais les vomissements succédaient toujours à la constipation. Cet état persista pendant deux ans et trois mois. Le malade n'a jamais souffert et a continué son travail jusqu'à trois mois avant sa mort qui est survenue par épuisement.

Autopsie. — Adhérence étroite et limitée réunissant le côlon transverse au fond de l'estomac. Le côlon se couvait à ce niveau en formant

un angle aigu ; un ulcère perforant, ayant à peu près les dimensions d'un shilling, allait de l'estomac dans le côlon adhérent. Les bords de l'ulcération stomacale étaient parfaitement réguliers et unis aux bords de l'ulcération colique. Pas de cancer. Pas de sténose pylorique. La muqueuse du côlon fait hernie en formant une sorte de valvule.

OBSERVATION XLIV

Abercrombie, *Pathological and practical Researches on Diseases of the stomach*, 1828.

Homme, cinquante-six ans. Bonne santé antérieure, sauf quelques troubles digestifs. Il commença par maigrir et par souffrir dans l'abdomen.

Deux ou trois semaines après, étant dans la rue, vomissements de matières fécales. Il n'en fut pas très éprouvé, mais une semaine après il eut un malaise semblable, et un troisième trois ou quatre jours plus tard. Les matières vomies ne pouvaient pas être distinguées des selles rendues le même jour. Ces symptômes se montrèrent à intervalles irréguliers, tantôt deux ou trois fois par semaine, tantôt une seule fois pendant la semaine. Le sujet vécut ainsi trois mois puis mourut épuisé.

Autopsie. — Estomac rétracté, adhérent aux parois abdominales et à l'arc du côlon. Au niveau de l'adhérence, masse molle de deux pouces d'épaisseur. Masse ulcérée occupant toute la grande courbure. Pylore sain. Dans le centre de l'ulcération, ouverture irrégulière de deux pouces de diamètre faisant communiquer l'estomac et le côlon transverse. Autour de la fistule, ulcération de la muqueuse du côlon. Petit intestin vide.

OBSERVATION XLV

Oppolzer, *Wiener med. Presse*, 1867.

Homme 27 ans. Dans ses antécédents, diarrhée, douleurs abdominales. Depuis fin mars 1866, diarrhée persistante d'odeur infecte, et

depuis fin juin vomissements fécaloïdes. Signes d'induration d'un sommet. Abdomen distendu. Après des lavements colorés à l'indigo, il n'y eut pas de vomissements colorés. Mort au commencement de juillet.

Autopsie. — Dilatation énorme de l'estomac dont le fond est uni au coude gauche du côlon. Sur la muqueuse grisâtre, on voit des tubercules ulcérés. Sur la partie de l'estomac adhérente au côlon transverse, perte de substance de la grosseur d'un œuf de poule. Cette perforation est recouverte en partie par le pancréas, mais la plus grande partie s'ouvre dans le côlon. Ulcérations tuberculeuses sur le reste de l'intestin.

OBSERVATION XLVI

Levenstein, *Schmidt's Jahrbücher*, III.

Homme 61 ans. Forte constitution, bonne santé antérieure. En avril 1839, douleurs dans l'hypocondre gauche, perte d'appétit, renvois de mauvaise odeur, vomissements, borborygmes, constipation.

Les vomissements, d'abord espacés, étaient devenus presque quotidiens. Les matières vomies étaient tantôt abondantes et bilieuses, tantôt semblables aux vomissements du cancer de l'estomac. Matières fécales peu abondantes et décolorées, mais jamais lientériques. La région douloureuse de l'estomac était un peu tuméfiée, mate à la percussion et on entendait à l'auscultation des bruits semblables aux râles caverneux des vomiques pulmonaires. A cause de ce symptôme, M. Levenstein diagnostiqua une fistule interne de l'estomac. Le malade s'affaiblit graduellement et mourut en juin 1840, la mort ayant été précédée d'une hydropisie généralisée.

Autopsie. — Côlon très adhérent à l'estomac. Sur la grande courbure fistule large comme la paume de la main, faisant communiquer les deux organes. L'ouverture était divisée en deux par un repli de la muqueuse stomacale, de telle sorte que chaque moitié correspondait à l'un des deux bouts du côlon divisé et qu'elle ne communiquait qu'avec le bout correspondant.

OBSERVATION XLVII

Edwards Newton (Cité par Murchison).

Homme 34 ans. Au commencement de 1838, douleurs abdominales. Tumeur dans la région pylorique. En mai 1840, constipation opiniâtre, vomissements de matières fécales. Ces symptômes s'amendèrent pour un temps, mais revinrent par intervalles.

En décembre 1840, mort d'épuisement.

Autopsie. — Cancer du pylore. Ouverture admettant le doigt et faisant communiquer l'estomac et le côlon transverse qui était très adhérent à l'estomac.

OBSERVATION XLVIII

Murchison, *The Lancet*, 1864.

Femme 53 ans. Depuis un an, irrégularité des évacuations alvines, légères nausées, sensibilité à l'épigastre, perte des forces et de l'embonpoint. Six semaines avant la mort, constipation opiniâtre et vomissements ayant une odeur stercorale prononcée. Après chaque crise de vomissement, sensation de soulagement. La malade prenait ses repas comme d'ordinaire et se levait tous les jours. Le pouls était à 80. L'urine claire, sans albumine.

Dans l'épigastre, tumeur dure, légèrement mobile, située au-dessous et un peu à droite de l'appendice xyphoïde. Ventre aplati, souple, donnant à la percussion une sonorité normale, à l'exception d'une zone de deux à trois pouces à droite d'une ligne abaissée de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

Malgré tous les moyens employés, la constipation persiste jusqu'à la fin. Le 4 février, la malade eut une nouvelle crise de vomissements et rendit par la bouche une grande quantité de matières semi-fécales. Elle déclina ensuite rapidement et mourut le 16.

Autopsie. — La tumeur était formée par des adhérences intestinales. Côlon transverse adhérent à l'extrémité pylorique de l'estomac et à la première portion du duodénum. L'estomac, très dilaté, comprime le poumon gauche ; il contient du liquide fécaloïde. Près du pylore ouverture du calibre d'une pièce de 6 pence donnant communication directe avec le côlon. L'orifice gastro-colique était entouré de fibres musculaires et présentait l'apparence d'un sphincter. Nulle trace de cancer. Oblitération complète du côlon transverse immédiatement après la fistule gastro-colique.

OBSERVATION XLIX

Habershon, *Diseases of the abdomen.*

Homme 61 ans. Symptômes de rétrécissement de l'œsophage. Le 14 avril 1859, vomissements stercoraux. Mort le 19.

Autopsie. — Adhérences de la paroi antérieure de l'estomac au côlon et perforation par où passait une sonde.

OBSERVATION L

Murchison, *Trans. Path. soc. London*, 1864.

Homme 63 ans. Entre à l'hôpital le 11 novembre 1853. Dix-huit mois auparavant, contusion du côté gauche. Six mois après, abcès sous les cartilages costaux gauches. Le malade perd l'appétit, digère mal et maigrit. L'abcès parvenu à la grosseur d'une orange est ouvert et laisse après lui un trajet fistuleux. Six mois après, nouvel abcès donnant lui aussi une fistule. Tumeur charnue de 12 pouces sur 6 au niveau des fausses côtes et à l'épigastre. A ce niveau, deux ouvertures laissant passer un peu de liquide clair. L'une d'elles laisse passer le stylet, qu'on peut enfoncer de deux ou trois pouces et dont l'extrémité se meut librement à l'intérieur. Dégout pour la viande. Les fistules dégagent une odeur répugnante. En décembre, les fistules donnent

des matières fétides d'odeur fécale. Frissons, prostration, teint jaune, œdème des jambes. Pouls petit, irrégulier, langue sèche, vomissements, constipation. Affaiblissement graduel et mort le 11 décembre.

Autopsie. — Trois fistules à bord fongueux dans la région épigastrique gauche. Elles conduisent dans une grande cavité à parois indurées communiquant avec le côlon transverse et l'estomac. A une petite distance du pylore, la paroi antérieure de l'estomac est détruite par une ulcération cancéreuse et remplacée par cette partie de la paroi abdominale qui limite l'abcès en avant. Obstruction pylorique par des masses cancéreuses. Adhérence intime de l'estomac et du côlon. En ouvrant le côlon, on voit une ouverture communiquant avec la cavité de l'abcès et par où on peut passer une plume de coq. Les bords de cette petite ouverture n'ont rien de cancéreux.

OBSERVATION LI

Tosi, Gaz. lomb. Milan, 1855.

Homme, vingt-deux ans. Bien portant jusqu'à quinze ans. A partir de ce moment, amaigrissement, diarrhée, vomissement.

Autopsie. — Communication anormale entre l'estomac et le côlon transverse. Canal de la grosseur d'une plume d'oie et d'une longueur de 25 millimètres, unissant la grande ouverture à la partie moyenne du côlon transverse. L'auteur pense à une fistule congénitale.

OBSERVATION LII

Barlow, Manuel of Practice of Med., 1856.

Homme, vingt ans. Avait souffert longtemps de troubles dyspeptiques, douleurs violentes, ballonnement aussitôt après les repas.

Autopsie. — Plusieurs ulcères de l'estomac. Quelques-uns s'étaient ouverts dans les portions de l'intestin qui étaient unies à l'estomac par

des adhérences avant la perforation. L'un d'eux communiquait avec le duodénum et deux avec le côlon transverse ; un autre s'ouvrait librement dans une espèce de vaste poche formée par des exsudats des viscères voisins. Une des ouvertures gastro-coliques située au milieu de la grande courbure mesure un tiers de pouce de diamètre. L'autre plus au fond, laissait passer un stylet. Pas de sténose pylorique.

OBSERVATION LIII

Evans Reeves. Diseases of the stomach and duodenum, 1857.

Homme, souffre depuis quelque temps de douleurs dans la région ombilicale, particulièrement de sept heures du soir à deux ou trois heures du matin et aussitôt après les repas. Plusieurs semaines avant la mort, il se mit à vomir des matières stercorales. Les vomissements d'abord à peu près hebdomadaires, devinrent plus fréquents et enfin quotidiens. Tout ce que le malade prenait était immédiatement rejeté, sauf le lait et la glace. Même s'il en absorbait une grande quantité, on les voyait aussitôt passer dans les selles ou bien ils étaient vomis avec beaucoup d'efforts ; surtout si on exerçait une pression sur le côlon descendant ou si le malade remuait dans son lit. Si l'on faisait une injection rectale en employant beaucoup de liquide et une certaine pression, on voyait le liquide passer dans l'estomac et être vomi. Il faiblissait et s'amaigrissait jusqu'à la mort.

Autopsie. — Estomac très petit. Muqueuse rouge sombre. Pylore libre sur la grande courbure ; ouverture irrégulière plus large qu'une pièce d'un schelling, aux bords inégaux, située au centre d'une ulcération cancéreuse et communiquant avec le côlon transverse. Les deux organes sont intimement unis : la fistule a ses deux ouvertures de mêmes dimensions. Les parois coliques de la fistule étaient cancéreuses et le côlon rétréci en ce point n'admet qu'à peine l'index. Le côlon se coude à angle aigu au niveau de la fistule. Au-dessus, le côlon est considérablement augmenté.

OBSERVATION LIV

De Fabeck, *Edimburg med. Jour.*, 1858.

Homme 47 ans. Entre le 2 octobre 1857 à l'hôpital. Amaigrissement, faiblesse. Sensation de brûlure à l'épigastre et tuméfaction à ce niveau après les repas. Rarement vomissements alimentaires, mais souvent des efforts. Crises fréquentes de diarrhée qui procurent un soulagement. Abdomen modérément distendu. Dans l'hypocondre gauche, tumeur entre le rebord costal et l'ombilic. Un peu de douleur à la pression. Affaiblissement graduel, cachexie. Pas de vomissements, mais efforts très pénibles, accompagnés du rejet d'un peu de mucus mêlé quelquefois à du lait coagulé. Six jours avant sa mort, diarrhée intense ; les selles, très liquides, contenaient des particules blanchâtres analogues à du lait caillé. Mort le 3 décembre 1857.

Autopsie. — Adhérences entre l'estomac, la rate, le côlon transverse et l'épiploon gastro-colique. En déchirant l'épiploon vers le milieu de la grande courbure de l'estomac, on tombe dans une cavité contenant un peu de liquide puriforme et communiquant en haut avec l'estomac, en bas avec le côlon.

Cancer de la portion moyenne de l'estomac ; pylore et cardia indemnes. Ouverture grande comme une pièce de deux francs, à bords irréguliers, située au milieu de la grande courbure. L'ouverture colique a les dimensions d'une pièce de 1 franc. Les bords de la paroi intestinale sont couverts de bourgeons cancéreux. A deux pouces à droite de la première, deuxième ouverture entre l'estomac et le côlon ; du côté de l'estomac, elle était fermée par deux nodules cancéreux, mais dans le côlon, elle avait les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Masse cancéreuse épiploïque.

OBSERVATION LV

Wilks. Post mortem Book of Guy's Hospital, 1855.

Homme 67 ans. Depuis longtemps symptômes dyspeptiques. Beaucoup de gêne après les repas et violentes douleurs épigastriques. Il n'aurait jamais vomi. Pas de renseignements sur les selles.

Autopsie. — Tumeur étendue de la région pylorique adhérente aux organes voisins et en particulier au côlon. Perforation gastro-colique assez loin du pylore et du diamètre d'une plume d'oie.

OBSERVATION LVI

J. Bell, *Glasgow, med. journ.*, 1887.

Femme, trente-trois ans. Entre à l'infirmerie le 17 juillet. Bonne santé antérieure jusqu'à il y a neuf mois, époque à laquelle elle eut un enfant. Elle n'avait jamais recouvré ses forces et se plaignait de douleurs lancinantes dans l'abdomen. Avant l'entrée, hématuries abondantes. Amaigrissement très marqué. Teint jaune sale. A l'épigastre, tumeur dure, aplatie, s'étendant vers l'ombilic et l'hypocondre gauche, très douloureuse à la pression. Vomissements fréquents. Les matières vomies sont quelque fois simplement alimentaires et d'autres fois d'odeur répugnante. On n'hésite pas sur la nature fécaloïde des vomissements. Pas de constipation. Affaiblissement rapide. Mort le 31 juillet.

Autopsie. — Péritoine pariétal et viscéral semé de végétations cancéreuses. L'estomac, le lobe gauche du foie et le côlon sont très adhérents à une tumeur qui s'étend jusqu'à la colonne vertébrale. L'estomac communique avec le côlon sur presque toute sa longueur. L'ouverture anormale présente un aspect fongueux. L'ulcération colique était de date plus récente que l'ulcération stomacale. L'examen microscopique montre la nature cancéreuse de la tumeur.

OBSERVATION LVII

Habershon, *Guy's Hospit. Rep.*, 3^e série.

Femme. Avait eu avant sa mort des vomissements de matières stercorales.

Autopsie. — Les intestins, l'estomac et le foie étaient unis par de vieilles adhérences. Dans le côté gauche de l'abdomen, abcès borné en avant par les côtes, en dedans par l'estomac et la rate, en haut par le diaphragme et le poumon droit, et en bas par le côlon transverse. Cet abcès communique avec la poitrine par une ouverture à travers le diaphragme, et il est limité à cet endroit par la face inférieure du poumon, et la plèvre épaissie. Il communique aussi par deux ouvertures séparées avec la grande courbure de l'estomac et par une ouverture avec le côlon transverse. Les ouvertures stomacales sont circulaires, à bords lisses, non épaissis. La cavité contient du sang en partie coagulé. L'estomac et le côlon contiennent une certaine quantité de sang. Plusieurs ulcérations sur le côlon transverse, avec un épaississement considérable de la paroi intestinale. Abcès entre la vessie et le rectum, communication avec ce dernier. Caverne dans le lobe supérieur du poumon gauche. Ulcération strumeuse de l'utérus.

OBSERVATION LVIII

Gintrac, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1842.

Homme, cinquante-sept ans. Avait joui d'une bonne santé. Deux ans avant sa mort la digestion commença à devenir longue, accompagnée de renvois fétides et de vomissements. Ces symptômes augmentèrent et une diarrhée profuse s'y ajouta. Amaigrissement considérable. Teint pâle, jaunâtre. Pouls petit et fréquent. Langue sèche. Perte complète de l'appétit. Affaiblissement.

Autopsie. — Au milieu de la grande courbure de l'estomac, ouver-

ture ovalaire de un pouce et quart s'unissant à une ouverture du côlon transverse. Les bords de ces perforations sont unis par de solides adhérences. Pylore normal. Sur la petite courbure, tumeur d'aspect cancéreux.

OBSERVATION LIX

Haller, cité par Lieutaud, in *Historia anatomica medica*.

Femme. Malade depuis un accouchement survenu huit ans auparavant. Depuis, elle ne put jamais supporter aucun aliment solide ; la plus grande partie de sa nourriture se composant juste d'un peu de bière.

Autopsie. — Le péritoine, l'estomac, le duodénum, le côlon, la vésicule biliaire étaient unis en une masse confuse. On ne pouvait détacher le côlon de l'estomac, et une ouverture faisait communiquer les deux organes. Au niveau de l'adhérence l'estomac était cancéreux.

OBSERVATION LX

Lazarus. Sitzung des Vereins für innere Medicin., 1892.

Un cancer de l'estomac évolua sans douleur sans fièvre, sans frisson, sans vomissement.

Il se produisit une adhérence du côlon transverse et une fistule gastro-colique qui passa complètement inaperçue et fut une trouvaille d'autopsie.

OBSERVATION LXI

Oscar Diruf, *Oppenheim's Zeitschrift für die gesammte Medicin*, 1849.

Femme, trente ans. Entre à l'hôpital le 23 juin 1849. Bonne santé jusqu'il y a un an. Elle commença à avoir de l'aménorrhée, des vomis-

séments et de violentes douleurs stomacales immédiatement après les repas. Bientôt après, elle vomit tout, sauf le lait.

Il y a trois semaines, sensation de rétrécissement pendant la déglutition des solides, des liquides et même de la salive.

A l'entrée, douleur continue à l'épigastre, exagérée par la pression.

A ce niveau, tumeur solide, s'étendant des fausses côtes gauches au lobe gauche du foie. La malade ne peut se tourner sur le côté gauche; si elle se couche sur le côté droit, elle souffre à gauche. Sensation de brûlure à l'estomac après les repas, puis vomissement d'eau, d'aliments et de matières amères.

Langue propre. Mauvais appétit. Soif intense. Matières fécales d'apparence normale. Le 2 février, vomissements plus fréquents.

Le 5 février, selles plus fréquentes. Le 8 février, vomissement de liquide fécal. Le vomissement revient la nuit suivante, s'accompagnant de diarrhée. Les matières expulsées par l'anús avaient la même apparence que les matières vomies. Diagnostic : Fistule gastro-colique. Amaigrissement rapide. Quelques portions de lait dans les selles. Mort le 14 février.

Autopsie. — L'estomac est adhérent à la paroi abdominale antérieure, au côlon et au pancréas. La cavité stomacale est rétrécie. Masse cancéreuse du cardia au pyllore, ayant l'aspect encéphaloïde. Au milieu de la grande courbure, l'estomac est perforé; l'ulcération à bords irréguliers est plus grande qu'une pièce de cinq francs; elle conduit dans le côlon transverse adhérent.

Dans ce dernier, l'ouverture n'a que les dimensions d'une pièce de 1 franc et se trouve divisée en deux par une bride muqueuse. La fistule ne paraissait pas récente. Son extrémité était couronnée de masses cancéreuses formant une sorte de valvule.

OBSERVATION LXII

Hooper May, London med. Times and Gazette, 1856.

Homme, quarante ans. Entre à l'hôpital le 18 septembre 1855. Quinze ans auparavant, il avait eu des douleurs stomacales et des vomisse-

ments après le repas, mais il s'était complètement rétabli.

Il y a six mois, toux, hémoptysie; et après les repas, douleurs, gêne, comme si les aliments ne pouvaient pas descendre.

Au moment de l'entrée, anémie, amaigrissement. Le 6 octobre, depuis plusieurs jours, maux de tête, malaise, douleurs épigastriques, et pendant les deux derniers jours, incessamment, mais surtout après avoir mangé, il vomit à plusieurs reprises une quantité considérable de matières jaunâtres ayant l'aspect et l'odeur de fèces. Induration de la région épigastrique.

Le 10 octobre, vomissement fécal, odeur fécale de l'haleine. Bruit de glou-glou à la percussion, surtout du côté droit de l'abdomen.

Le 11 octobre, tuméfaction de la jambe droite, soif intense et faim canine. Le 15 octobre, hoquet, vomissement fécal contenant des aliments non digérés. Pas de constipation. Les selles ont les mêmes caractères que les vomissements. Il continua à s'affaiblir et mourut le 25 octobre, trois semaines après le début des vomissements fécaloïdes. Dans la dernière semaine, il vomissait chaque fois qu'il buvait. Durant la vie on diagnostiqua une fistule gastro-colique.

Autopsie. — Maigreur extrême. Le grand épiploon plissé est fixé sur l'estomac et le côlon, au point où ces deux organes sont en contact. En déchirant l'épiploon, on voit aussitôt une énorme ouverture sur la paroi antérieure de l'estomac près du pylore et sur le côlon transverse. La paroi colique est ulcérée sur une longueur de quatre pouces sur un pouce de largeur. L'ulcération est perforante. L'ulcération stomacale répond à celle-ci, mais elle s'étend à un pouce et demi plus loin près du pylore, cette dernière partie de l'ulcération étant fermée par l'épiploon. Les bords des deux ulcères sont dentelés et épaissis, mais non indurés.

L'estomac et l'intestin sont sains dans le reste de leur étendue.

OBSERVATION LXIII

Kraus, Réunion des Médecins de Styrie, 1895.

Sujet de 56 ans. Amaigrissement, perte accentuée des forces et cons-

tipation trois mois environ avant la formation de la fistule. Après l'apparition de celle-ci, vomissements fécaloïdes et diarrhée.

OBSERVATION LXIV

Krone, Thèse de Kiel, 1897.

Homme 43 ans. Six mois avant la mort, fortes douleurs d'estomac, amaigrissement, vomissements contenant parfois du sang. Le jour avant la formation de la fistule, frissons, vomissements fécaloïdes, pas de lientérie. La mort survint vingt et un jours après la formation de la fistule.

Autopsie. — Cancer siégeant à la partie antérieure et inférieure de l'estomac avec perforation dans le côlon transverse.

OBSERVATION LXV

Brieger, Ann. de la Charité N, F. C.

Femme 76 ans. Constipation opiniâtre résistant à tous les médicaments. Coliques et sueurs avant l'établissement de la fistule. Vomissements fécaloïdes, soif intense et constipation après.

Autopsie. — Cancer de l'estomac siégeant sur la paroi antérieure avec perforation dans le côlon transverse.

OBSERVATION LXVI

Terrier, *Bull. et Mémoires de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1887.

R... (Jules), 44 ans. Entre à l'hôpital Bichat le 19 janvier 1887. Jusqu'en 1883 bonne santé. Pas d'antécédents tuberculeux, ni cancéreux. Pas de syphilis, un peu d'alcoolisme.

Il y a quatre ans : troubles de l'estomac, vomissements, pituites, surtout le matin. En 1885 les forces diminuent, appétit capricieux ;

l'état s'aggrave. En 1886 (février) douleurs abdominales, coliques intermittentes.

Le 2 octobre 1886, melæna, ballonnement du ventre, constipation rebelle ; en fait, accidents d'occlusion durant six semaines et suivis d'une débâcle.

Depuis, appétit très irrégulier, constipation habituelle, avec des interruptions d'accidents diarrhéiques ; vomissements ; lavage de l'estomac suivi d'un vomissement d'un demi-verre de sang.

A son entrée : facies pâle et amaigrissement très accusé. Percussion de l'estomac : sonorité exagérée. Clapotement très net. Epigastre bombé. On pense à une néoformation profonde. Examen du liquide stomacal : Liquide neutre, pas d'acide chlorhydrique.

Ce qui attire l'attention ce sont les troubles intestinaux après les repas, ainsi que les alternatives de diarrhée et de constipation. Dès que le malade a mangé, il souffre de l'estomac et du ventre ; celui-ci se ballonne et devient très douloureux. Borborygmes et contractions intestinales douloureuses, appréciables à la vue comme dans la péritonite tuberculeuse ou chronique. Diarrhée. Si la diarrhée cesse, les douleurs et le ballonnement augmentent. D'ordinaire les coliques débutent après les repas et cessent dès que le malade a été à la selle. On soupçonne un obstacle au cours des matières du côté du gros intestin, le côlon transverse étant dilaté.

Du 11 au 17 février. Coliques, ballonnement du côté du gros intestin surtout. Pas de selles, éructations fétides, nausées, inappétence. L'intervention est alors décidée pour parer aux accidents de rétention intestinale.

Laparotomie. — Liquide péritonéal clair. Anses intestinales congestionnées et distendues. En remontant le côlon descendant on sent une tumeur irrégulière, dure, du volume du poing, adhérente aux parties voisines, siégeant à l'angle gauche du côlon. Côlon transverse très dilaté, côlon descendant absolument vide. On renonce à l'extirpation ; anus contre nature sur le cæcum.

Le malade meurt dix-neuf jours après.

Autopsie. — Péritonite généralisée suppurée. Le côlon descendant

et l'S iliaque sont vides et aplatis. L'intestin grêle est distendu par un liquide brun-jaunâtre, peu épais. La tumeur constatée par la laparotomie siège bien sur l'angle gauche du côlon. Elle est formée à la fois par le côlon, le grand épiploon et l'estomac, le tout constituant une masse indurée et adhérente. Après dissection et ablation de l'épiploon, on constate une adhérence intime entre le côlon et la grande courbure de l'estomac; à ce point de jonction existe une masse indurée annulaire qui constitue la majeure partie de la tumeur.

L'estomac est petit, rétracté, à parois épaisses et à muqueuse très plissée; sur la face antérieure de la grande courbure existe une ulcération arrondie, laissant passer le doigt et entourée d'une induration annulaire. C'est cette ulcération qui s'ouvre dans le côlon transverse, intimement adhérent à la néoformation stomacale.

Du fait de cette adhérence et de l'envahissement des parois du gros intestin par la néoformation, il résulte un rétrécissement dur et serré laissant passer avec peine le petit doigt. De plus à cet endroit existe une coudure ce qui devait accroître l'obstacle au cours des matières.

OBSERVATION LXVII

Jeffreys, *Med. Press. and. circ.* London, 1880.

Cas de communication fistuleuse entre l'estomac et le côlon transverse, probablement d'origine cancéreuse.

OBSERVATION LXVIII

Blucke, *Lancet*, 1849.

Fistule gastro-colique par péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION LXIX

St-Thomas, Hospital, Museum.

Homme mort hectique, sans qu'on se doutât qu'il eut une affection rénale ou abdominale.

Autopsie. — Tuberculose du rein gauche avec adhérences aux organes voisins. Communication entre la portion cardiaque de l'estomac, le côlon et un vaste abcès lombaire. L'ouverture stomacale laissant passer un doigt, et l'ouverture colique une plume d'oie.

OBSERVATION LXX

Morgan, London med. Gazette, 1845.

Rétrécissement cancéreux du côlon ; communication avec l'estomac.

OBSERVATION LXXI

Saint-Thomas Hospital Museum.

Large abcès tuberculeux situé entre l'estomac et le côlon transverse, communiquant avec les deux organes et ouvert en outre à la paroi abdominale.

OBSERVATION LXXII

Dittrich, Vierteljahreschrift für die praktische Heilkunde, n° 1.

Sur cent soixante cas de cancer de l'estomac, l'auteur a trouvé six cas d'adhérences au côlon avec fistule gastro-colique.

OBSERVATION LXXIII

Bamberger, Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, VI.

L'auteur a vu évoluer une fistule gastro-colique sans vomissement stercoral ni lientérie.

OBSERVATION LXXIV

Duchek, Schmidt's Jahrbuch, 1853.

Au cours d'un cancer de l'estomac, diarrhée et perforation dans le côlon.

OBSERVATION LXXV

Cruveilhier, *Traité d'anat. path. gén.*, 1852.

Cancer de l'estomac occupant le voisinage du pylore et s'ouvrant dans le gros intestin, à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse. L'estomac adhéraît aussi au foie et à la vésicule biliaire et une grande partie de sa paroi étoit détruite au niveau de l'adhérence hépatique.

OBSERVATION LXXVI

Glasgow Hospital Museum.

Fistule entre l'estomac et le côlon transverse. Une large cavité existe entre les deux. Il y a deux petits orifices dans l'estomac de 1/2 et de 1/4 de pouce de diamètre. Un seul orifice dans le côlon, de 2 à 3 pouces. La muqueuse du côlon est recouverte d'ulcérations papuleuses.

OBSERVATION LXXVII

St-Bertholomew's Hospital Museum.

Une portion de la grosse tubérosité de l'estomac porte un large cancer ulcéré. Le côlon transverse est adhérent à la partie malade et se trouve envahi par le cancer. La tumeur stomacale a rétréci le pylore. L'ouverture dans le pylore a plus d'un pouce de diamètre. La muqueuse du côlon est un peu envahie.

OBSERVATION LXXVIII

Wolfler. (*Rapportée par Mudelung. Archiv. für klinische Chirurgie*, 1906).

Homme de 51 ans. Depuis un an et demi douleurs dans la région ombilicale ; plus tard constipation. Le néoplasme de la grosseur d'une

tête fœtale a complètement envahi et détruit la paroi de l'intestin. A la coupe on trouve une cavité de la dimension du poing remplie d'une substance d'aspect caséux et de tissu nécrosé. Dans cette cavité aboutit un trajet fistuleux ayant la dimension du petit doigt et qui conduit dans l'estomac.

OBSERVATION LXXIX.

Czerny, *Klinische Chirurgie von Heidelberg*, 1900.

Homme 40 ans. Douleurs à l'estomac depuis neuf mois. Constipation. Amaigrissement rapide.

En octobre 1899, vomissements souvent fécaloïdes. Les douleurs deviennent plus violentes et les selles sont régulières. Absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

On porte le diagnostic de fistule gastro-colique probablement par suite de l'ouverture d'un cancer de l'estomac.

Opération. Symphyse gastro-colique avec masses inflammatoires.

On attire le côlon au dehors et on établit une anastomose terminale entre le côlon transverse et le côlon descendant à l'aide du bouton de Murphy. Les extrémités du morceau d'intestin isolé furent liées et fermées avec des points à la Lembert. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, pas d'amélioration. Mort le quatrième jour dans le collapsus.

Autopsie. — Cancer de la grande courbure et communication gastro-colique. Perforation de l'intestin au niveau du bouton. Péritonite aiguë.

OBSERVATION LXXX

Port et Reizenstein. Sur la fistule gastro-colique, *Semaine Médicale*, 9 octobre 1907, p. 491.

Homme de trente ans, auquel une gastro-entérostomie avait été faite en mars 1899 pour une sténose pylorique par ulcère.

Jusqu'en 1902 il était resté en excellent état, puis les douleurs et les vomissements avaient reparu, et dans le cours de 1903 une crise douloureuse et fébrile s'était produite subitement et n'avait cessé qu'au bout de trois semaines. En janvier 1906, une diarrhée profuse se montre en même temps que des éructations fétides, d'odeur fécale; en mars, le malade a maigri de vingt livres; les éructations fétides continuent. Par le lavage de l'estomac, on ramène un liquide d'une fétidité spéciale avec des particules fécales jaunes; on répète maintes fois la même constatation dans les jours qui suivent; le contenu de l'estomac extrait par le lavage est identique aux matières expulsées par l'anus; il convient d'ajouter que nul vomissement ne se produit, que l'appétit reste bon et l'état général satisfaisant.

On se livre à d'autres explorations. On donne un lavement coloré au bleu de méthylène; un lavage de l'estomac pratiqué peu de temps après ne ramène pas de liquide coloré; mais le lendemain, par un autre lavage, on ramène un contenu stomacal, souillé de matières fécales et nettement teinté de bleu. Par l'insufflation du gros intestin, l'estomac se dilate tout de suite, avec un sifflement, se distend et devient proéminent, alors que le côlon transverse ne se soulève pas; par la sonde gastrique, introduite alors, de nombreux gaz s'échappent et l'estomac s'affaisse. On fait passer par le rectum 80 grammes de bismuth dans un lavement. Deux heures après, l'examen aux rayons X ne donne rien de net; le lendemain il montre une large tache noire dans la région ombilicale, entourée d'une zone moins foncée; par l'insufflation de l'estomac tout se précise; on voit à la hauteur de l'ombilic une zone noire, demi-circulaire, nettement limitée à son bord inférieur qui remonte sous la main, et, la main enlevée, reprend sa forme et ses limites exactes: c'est l'estomac; en dessous une bande claire, c'est l'intestin grêle; plus bas encore, une autre ombre noire, le côlon. L'évacuation de l'estomac à la sonde donne d'ailleurs une bouillie noire de bismuth.

Le diagnostic étant donc parfaitement vérifié, on intervint, le 21 mars, par la laparotomie médiane; après la rupture de nombreuses adhérences, on découvre ce qui suit: une anse jéjunale est réunie à la paroi gastrique postérieure, tout près de la grande courbure par le fait de la gastro-entérostomie rétro-colique faite sept ans avant.

Le mésocôlon transverse est absolument rétracté, le côlon transverse adhère intimement à la paroi de l'estomac, au niveau de la grande courbure, au-devant de l'anse jéjunale anastomosée. On commence à libérer le côlon, et on met à découvert un large orifice, commun à l'estomac, au côlon et au jéjunum : sur ses parois, les trois muqueuses se distinguent nettement entre elles. On achève alors de détacher le côlon, et l'on ferme son orifice ; on suture également l'orifice jéjunal et gastrique. Pour prévenir une communication nouvelle, on fait passer le grand épiploon libre au-dessus du côlon transverse, entre les deux lignes de suture colique et gastro-duodénale, et on le fixe en arrière par quelques points. On réunit la paroi. La guérison fut très simple et complète en trois semaines ; elle se maintint et la santé était parfaite en janvier 1907.

CONCLUSIONS

Les fistules gastro-coliques n'ont pas encore leur description ni leur étude faite dans les classiques. Elles sont pourtant aussi importantes que les fistules vésico-rectales si toutefois elles sont plus rares.

Elles reconnaissent pour causes principales le cancer, l'ulcère, la tuberculose des voies digestives, enfin les suppurations abdominales de quelque nature qu'elles soient.

Leur aspect varie selon la cause: Fistules à bords indurés, irréguliers pour le cancer, fistule régulière à bords nets pour l'ulcère.

Leurs dimensions sont extrêmement variables. Elles peuvent exister en plus ou moins grand nombre, deux, trois, quatre mais le plus souvent la fistule gastro-colique est unique.

Les symptômes cardinaux sont au nombre de trois:

- a) Vomissements fécaloïdes;
- b) Lientérie;
- c) Similitude des vomissements et des selles.

Ils peuvent exister ensemble ou séparément. Le diagnostic est parfois difficile, il l'est surtout par la rareté d'une affection à laquelle on ne pense pas et qui n'est pas très connue; on devra éviter l'erreur avec l'occlusion, les péritonites, l'étranglement herniaire. La laparotomie exploratrice restera l'ultime ressource.

Le pronostic est le plus souvent fatal si l'on n'intervient pas.

Le traitement chirurgical a pour but de supprimer l'inconvénient de la fistule.

Quatre opérations sont possibles :

1^o Suture des fistules après destruction des adhérences gastro-coliques ;

2^o Exclusion totale ou partielle du côlon ;

3^o Jéjunostomie ;

4^o Colotomie.

Enfin le traitement médical, opium, lavements nutritifs, lavage de l'estomac sera la ressource des malades trop faibles pour supporter l'intervention chirurgicale.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

A. POUSSON.

Vu

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 octobre 1907.

Le Recteur de l'Académie :

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDERSON. — Perforation of the stomach communicating with the transverse portion of the colon (Annalist, New-York, 1847-II-89-91).
- ABERCROMBIE. — Pathological and pratical Researches on Diseases of the stomach, 1828.
- BOUVERET. — Sur les signes de la fistule gastro-colique (*Lyon médical* 1896 ; *Revue de médecine*, 1899).
- BEC. — Thèse Lyon, 1897.
- BRESTOWE. — The Lancet, 1883.
- BAGOLEPOW. — In thèse de Lang, Moscou, 1895.
- BARLOW. — Manual of Prattice of med. 1856.
- BELL. — Glasgow med. Journal, 1837.
- BRIEGER. — Ann. de la Charité, N F G.
- BLUCKE. — Lancet, 1849.
- BAMBERGER. — Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie VI.
- BENCE JONES. — St Georges Hospital M. 33 post mortem Book, 1857.
- CHAPPET. — Bull. de la soc. des Hôpitaux de Lyon, 1902.
- CHAVANNAZ. — Société de chirurgie de Paris, 1906. Des fistules gastro-coliques (Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale n° 2 — Avril 1907).
- CRUVEILHIER. — Traité d'anat. path. générale, 1852

- CAVAILLON. — Thérapeutique chirurgicale du gros intestin (Lyon 1905).
- CZERNY. — Klinische chirurgie von Heidelberg, 1900.
- DUDON. — Soc. méd. de Bordeaux, 1875.
- DAVIES. — (H.) Transact Pathol. soc. London; Lancet, 1848.
- DITTRICH. — Vierteljahresschrift für die praktische Heilkunde n° 1.
- DUCHEK. — Schmidt's Jahrbuch, 1853.
- DIRUF. — (O.) Ueber Fistula ventriculo-colica (Erlagen 1849).
- ELSNER. — Deutsche med. Woch., 1903.
- EDMUNDS. — (W.) St Thomas Hosp. Report 1883. Lond., 1884.
- EVAN-REEVES. — Diseases of the stomach and duodenum, 1857.
- FABECK (de). — Edimburg med. Jour. 1858.
- FREUDENBERGER. — Aertztliches Intelligenzblatt, 1879.
- FLETCHER. — Prov. med. and surg. Journal, 1845.
- GAIRDNER (W.T.). — Communication between the stomach and colon (Med. Times Gaz. Lond., 1855).
- GERE (E.). — Direct communication between stomach and colon (Med. rec. New-York, 1876).
- GOODRIDGE (H.). — Case of gastro-colic fistula. (The Brit. med. journ. 1890-I-1064.
- GILBERT. — Thèse Paris, 1887.
- GINTRAC. — *Journ. Méd. de Bordeaux*, 1842.
- GERE. — New-York med. Record, 1876.
- HENTSCHEL. — Thèse de Wurtzburg, 1894.
- HICKINBOTHAM (J.). — Gastro-intestinal fistula due of the action of hydrochloric ac. (Birmingham. M. rev. 1872).
- HINDSDALE. — Path. soc. Philadelphia, 1883.
- HABERSHON. — Diseases of the abdomen Guy's Hosp. Rep. 3^e série,
- JEFFREYS (R.). — Case of fistulous communication between the stomach and transverse colon; probably malignant. (Med press et circ. Lond. 1886-ns-XLI.
- JOHNSON. — The Lancet, 1865.
- JONES OF CAERNARVON. — Trans med. and chir. society of London 1851.
- KOCH (Ph.). — *Arch. für Verdauungskrankheiten*, 1903.
- KILGOUR. — St-Lauke's Ward XII.

- KELLING. — *Arch. für Verdauungskrankheiten*, 1903.
- KRONE. — Thèse de Kiel, 1897.
- KRAUS. — Réunion des médecins de Styrie, 1895.
- LYON. — Soc. anatomique de Paris, 1889.
- LAZARUS. — Sitzung des Vereins für innere medicin, 1892.
- LABHARDT (A.) — Zur Casuistik and Behandlung der fistula gastrololica (München med. Woch, 1901).
- LEVINSTEIN. — Wochenschrift f. d. ges. Heilk. Berlin, 1840.
- LEDIARD (A.H.) — Gastro-colic fistula (Med. Times and Gaz Lond. 1876).
- LEJONNE ET MILANOFF. — Soc. anat. de Paris, 1900.
- MONOD. — Soc. anat. Paris, 1877.
- MADLUNG. — *Arch. für Clin. Chirurgial*, 1906 1^{re} partie.
- MAY (F.) — München med. Wochen. n° 21, 1890. Ein Fall von Magen-colonfistel.
- MURCHISON (C.) — On Gastrocolic fistula (Edimb. M. J., 1857, III, 4).
The Lancet, 1864; Traduit dans *Union Médicale*, Paris 1864, 2 s. XXII, 506-510.
- MORGAN. — London *Med. Gazette*, 1845.
- OPPOLZER. — Fall von kommunication des Magens mit dem Colon Transversum (*Wien. Med. Presse*, 1867, VIII).
- PORT ET REIZENSTEIN. — Mittheil a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir. 1907, fasc. 5.
- PACKARD. — Transact. of. the. pathol. Society, Phil., 1884.
- QUINCKE. — Dilatatio ventriculi mit Durchbruch in das colon; eigenthümliches verhalten des urins (Corresp. Blatt. f. Schweiz, Aerzte, Basel, 1874.
- SCHOLZ (W.). — Ein Fall von Magencolonfistel (Wien. med. Bl., 1896, XIX, 243).
- TOINON. — Thèse de Lyon, 1906.
- THEILE (O.). — Zeitschr. für Klin. Med. 1895.
- TERRIER. — Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1887, p. 353.
- TOSI (C.). — Comunicazione del ventriculo co'l colon transverso mediante un canaletto congenito in un giovane contadino d'anni 52 (Gaz. med. ital. lomb., Milano, 1855).

- UNRUH. — Ueber anastomosis (Fistula) gastrocolica (Deuts. med. Woch. Leipzig, und. Berlin, 1879).
- WALTER ZWEIG. — Wiener klinische Rundschau, 1900.
- WILLIGK. — Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1853.
- WITHBOURN. — *Lond. med. Gaz.* 1845.
- WATERS (W). — Cancerus communication between the stomach and colon. Med. exam. Phil., 1845. n. t. 1-201.
- WEST. — Tr. Belmont, M. Soc. Bridgeport, Ohio, 1852-53.36; 1853-54.34. A case of inflammation of the bowels and peritoneum in thickening of the omentum majus; gastro colic fistula.
- WILKS. — Post mortem Book of Guy's Hospital, 1853.
-

